

Aspekte zum Stottern und seiner Therapie
in der Literatur und anhand katamnestischer Erhebungen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Wolfgang Bühling
aus Rübeland/Harz

1967

8981

LANE MEDICAL LIBRARY OF
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR
DALO ALTO, CALIFORNIA

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Nervenlinik der Universität Tübingen

Direktor: Professor Dr. med. Walter Schulte

Aspekte zum Stottern und seiner Therapie
in der Literatur und anhand katamnestischer Erhebungen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Wolfgang Bühling
aus Rübeland/Harz

1967

Dekan: Professor Dr.med. Schneider

Berichterstatte: Professor Dr.med. W. Schulte

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
A. EINLEITUNG - ALLGEMEINE FRAGESTELLUNGEN	1
B. STOTTERN IN DER FACHLITERATUR	4
I. Beschreibung der Symptomatik	4
II. Abgrenzung gegen andere Sprachfehler	5
III. Deutungen des Stotterns und seiner Pathogenese	9
1. Vorwiegend organisch orientierte Richtungen	9
2. Vorwiegend funktionell orientierte Richtungen	11
3. Organisch-funktionell orientierte Richtungen	15
4. Vorwiegend psychoanalytisch orientierte Richtungen	16
5. Vorwiegend individualpsychologisch orientierte Richtungen	18
6. Vorwiegend anthropologisch orientierte Richtungen	20
7. Amerikanische Richtungen	24
IV. Gebräuchliche therapeutische Verfahren und ihre Ableitung	27
1. Vorwiegend organisch orientierte Richtungen	28
2. Vorwiegend funktionell (psychotherapeutisch) orientierte Richtungen	30
3. Organisch-funktionell orientierte Richtungen	34
4. Vorwiegend psychoanalytisch orientierte Richtungen	37
5. Vorwiegend individualpsychologisch orientierte Richtungen	37
6. Vorwiegend anthropologisch orientierte Richtungen	38
7. Amerikanische Richtungen	39
8. Spezielle, zur Unterstützung der Therapie angewandte Methoden und Kombinationstherapie	43
C. EIGENE UNTERSUCHUNGEN	48
I. Methodik	48

	Seite
II. Kasuistik	50
III. Auswertung - Besprechung der Ergebnisse	53
D. ZUSAMMENFASSUNG	59
E. LITERATURVERZEICHNIS	61

A. EINLEITUNG. ALLGEMEINE FRAGESTELLUNGEN

Die Besonderheit des Stotterleidens besteht darin, daß es mit der Aufzählung einer Reihe von Symptomen an einem Menschen nicht zu charakterisieren ist. Die Prägung des ganzen Menschen durch sein Leid(en) macht den Stotternden erst zum Stotterer, äußerlich erkennbar an seinen Symptomen!

Das Bewußtsein von der Ausweitung seiner gestörten Sprachfunktion auf seine ganze Person drückt die Umgangssprache aus, indem sie einen Stotternden als "Stotterer" bezeichnet. Diese sprachliche Identifizierung einer gestörten Teilfunktion mit seinem Träger findet sich nicht bei solchen Leiden und Störungen, die allgemein nur als Anhängsel an der Person mit einer solchen Störung verstanden werden. So würde die Bezeichnung "Hinker" für einen Hinkenden, "Gebrochener" für einen Verletzten mit einer Knochenfraktur befremdlich anmuten. Erst dann, wenn der durch eine Fraktur Verletzte infolge eines gänzlichen Betroffen-seins sein Leiden nicht anzunehmen vermag, kann aus ihm ein Gebrochener im ganzheitlichen, d. h. auch psychischen Sinne werden.

Aus dem Gesagten folgt für die Therapie des Stotterns in ganz besonderer Weise, daß der Mensch, der Stotterer, nicht die Krankheit, das Stottern, behandelt werden soll.

Ist nun aber die Sprachstörung selbst nur ein Symptom eines größeren Ganzen, so ergeben sich ganz verschiedene Ansätze für eine Therapie, unterschiedliche Ziele und Bezeichnungen für einen möglichen Heilerfolg.

Ist man in jedem Einzelfall dann am Ziel der Therapie, ist der Stotterer geheilt, wenn er von seinem Symptom, dem Stottern befreit ist? Oder andersherum: Läßt sich auch dann von einem Behandlungserfolg sprechen, wenn dem Stotterer geholfen, nicht jedoch seinem Symptom, dem Stottern, abgeholfen werden konnte?

Der körperlich und seelisch Gesunde(te) und von Störungen Befreite mag das Idealziel einer jeden ärztlichen Therapie sein, so auch beim Stotterer. Das Feld für die Erreichung des Möglichen sei durch die Grenzen, wie sie die beiden gestellten Fragen für den Extremfall andeuten, abgesteckt.

Jeden Vorstoß, gemessen an einem der beiden Maßstäbe, Symptomrückgang und subjektiv erlebte Zustandsbesserung würde man nach flüchtiger Überlegung als Therapieerfolg bezeichnen können. Die Dinge liegen aber komplizierter. Was liegt z.B. vor, wenn sich ein Teilerfolg der Behandlung nur auf das Zurückgehen der Symptomatik, das Stottern, erstrecken würde, ohne daß der Patient, der Stotterer, subjektiv eine Besserung seines Zustandes feststellen kann? Das Stottersymptom kann z.B. durch Symptomwandel in ein anderes verwandelt sein.

Der andere Grenzfall wäre der, daß sich ein Behandlungserfolg nur subjektiv für den Patienten ergibt, etwa durch eine neue, positive Einstellung zu seinem Leiden oder, darüber hinausgehend, durch eine Bejahung der Störung als biographisch notwendiges Medium zur Annäherung an ein überhöhtes Teilziel im Leben, wie die Demut o. ä.. - Die Symptomatik, das Stottern, könnte unvermindert fortbestehen, und doch dem Patienten, dem Stotterer, geholfen sein.

In der Praxis, in der überwiegenden Anzahl der Fälle werden nun beide Dimensionen eines Behandlungserfolges angestrebt sein und, wo er erreicht wird, sich gegenseitig durchdringen. Der erreichte Symptomrückgang wird sich bessernd auf den Zustand des Patienten und sein subjektives Befinden auswirken, dieses auf den Schweregrad der Symptomatik. Ebenso besteht eine rückläufige Verbindung.

Es soll aber darauf hingewiesen sein, daß die Begriffe, "Therapieziel" und "Therapieerfolg" durchaus zu wandelbaren Größen werden können, deren Beweglichkeit sich erst in der Begegnung von Arzt und Patient erschließt und von beiden bejaht wird.

Schwierigkeiten für die eindeutige Bestimmung eines Leidens und seiner Therapie ergeben sich aber auch von anderer Seite. So wirkt sich u.a. der Zeitgeist auch prägend auf dieses Gebiet aus. Je nach zeitbedingtem Trend innerhalb der Medizin wird das Pendel einmal mehr in Richtung auf die naturwissenschaftlich erfaßbare Seite eines Pathologikums hin ausschlagen. Die biochemisch-mikrophysikalischen Veränderungen des menschlichen Organismus und ihre Beeinflussung werden dann im Vordergrund der Deutung eines Krankheitsbildes stehen und die therapeutischen Maßnahmen entsprechend beeinflussen. Zu anderer Zeit wird das Interesse mehr auf die Hintergründe solcher Veränderungen, auf die Zusammenhänge mit allgemeineren, anthropologischen Gesichtspunkten gelenkt sein. Deutung und Behandlung eines pathologischen Zustandes werden dann mehr unter dem Einfluß eines den Bereich Körper-Seele-Geist verbindenden und seine Abhängigkeit berücksichtigenden Aspektes stehen.

Handelt es sich nun um die Deutung und davon abhängig um die Ableitung der Therapie eines Leidens, welches, wie das Stottern, deutlicher als andere Störungen und schon mit dem Bilde seiner Symptomatik in die Bereiche körperlichen und seelisch-geistigen Geschehens hineinragt, so ergeben sich je nach der im Vordergrund stehenden Seite des Leidens und je nach Abhängigkeit des Beschreibenden von zeitbedingtem Trend und persönlicher Ausrichtung sehr verschiedene Ansatzpunkte. Dieser Umstand erklärt den Umfang und die Verschiedenheit der über das Stottern bestehenden Literatur.

B. STOTTERN IN DER FACHLITERATUR

I. BESCHREIBUNG DER SYMPTOMATIK

Im Unterschied zur Deutung, Pathogenese und Therapie des Stotterns herrschen in der Beschreibung der Symptomatik keine wesentlichen Unterschiede vor.

Stottern wird nach Schilling (40) als ein Fehler des zusammenhängenden Redeflusses bezeichnet, der sich in Form von inkoordinierten Bewegungen und krampfartigen Verspannungen der Atmungs- Stimm- und Artikulationsmuskulatur manifestiert. Es kommt dabei zur unregelmäßigen Wiederholung von einzelnen Lauten, Silben und Worten. In der Bemühung, das Hängenbleiben zu überwinden, ergeben sich mehr oder weniger gespannte Wiederholungen. (Florsdorf (12)). Diese Art des Stotterns, meist als frühere Form in der Entwicklung einer zunehmenden Manifestierung beschrieben, wird "klonisches Stottern" genannt.

Beim sogenannten "tonischen Stottern" geht den Einsätzen in unregelmäßiger Unterbrechung des Redeflusses ein stummes Pressen voraus. Es tritt eine Verkrampfung der Sprechmuskulatur, insbesondere ein Verschuß der Stimmbänder ein, so daß kein Laut über die Lippen gebracht wird. Dieses unfreiwillige Schweigen wird erst nach Überwindung des Widerstandes mit großer Anstrengung unter dem Bilde einer explosionsartigen Sprengung des Krampfes und durch einen besonders harten Stimmeinsatz (Glottisschlag) unterbrochen. Die Pausen sind durch krampfhaft-verzweifelte Mitbewegungen und Verkrampfungen der Gesichtsmuskulatur - Grimassierungen, einzelner Glieder oder mehr oder weniger des ganzen Körpers ausgefüllt und nach Schneider(42) bisweilen von Angst, Zittern, Schweißausbruch, Herzklopfen und Erröten begleitet.

Zur Erleichterung eines Wortbeginns werden häufig "Embolophrasen" verwendet. Es handelt sich dabei um den Gebrauch von Silben oder Worten, die nach Fröschels (17) "unabhängig vom Sinn des zu Sagenden" als leichter aussprechbar zwischengeschaltet werden.

Da es für die meisten Stotterer "schwierigere" Laute und Worte gibt, werden diese gemieden, solche Schwierigkeiten umgangen oder kaschiert. Die Sprachmelodie im ganzen nimmt unter dem Bemühen nach Unauffälligkeit meist einen monotonen Charakter an.

Klonisches und tonisches Stottern kommen gemischt und einzeln vor, häufig in Aufeinanderfolge so, daß die klonische Phase als ein früheres, die tonische als ein späteres Stadium zunehmender Ausprägung erscheint.

Hinsichtlich der Atmung sind nach Schilling (40) folgende Störungen zu beobachten: Atemverschwendung, inspiratorische Schnappatmung, Verkürzung der Expirationszeit, eine gestörte Koordination zwischen Brust- und Bauchatmung beim Sprechen, sowie auch Störungen der Ruheatmung, häufig der "pathologische Hochatmungstyp" mit hochgezogenen Schultern, Verkrampfungen des oberen Brustkorbes und des Schultergürtels.

Beim Singen oder nach Vertäubung beider Ohren, so daß die Kontrolle über das eigene Sprechen ausgeschaltet ist, wie auch beim Alleinsein, d.h. ohne Zuhörer zeigen viele Stotterer keine oder geringere Sprachbehinderung.

Mit der Aufzählung dieser Hauptanzeichen der hör- und sichtbaren Seite des Stotterns sei an dieser Stelle genug gesagt. Die Auswirkungen auf den Charakter oder die psychologischen Äquivalente des Stotterns finden an anderer Stelle Erwähnung.

II. ABGRENZUNG GEGEN ANDERE SPRACHFEHLER

An dieser Stelle seien solche Sprachfehler und -behinderungen genannt, die dem Erscheinungsbild nach dem Stottern nahestehen und mit diesem verwechselt werden könnten, sowie einige Varianten des Stotterleidens.

Stammeln: nach Schilling (40) handelt es sich dabei um eine Störung der Artikulation, bei der einzelne Laute oder Lautverbindungen entweder völlig fehlen, durch andere ersetzt oder abartig gebildet werden. Hervorzuheben ist, daß sich die Störung auf die Bildung einzelner Laute erstreckt, daß ein Fehler der Aussprache vorliegt, während beim Stottern die zusammenhängende Rede gestört ist und einzelne Laute für sich unbehindert ausgesprochen werden können. Werden vorwiegend Vokale gestammelt, spricht man von "Vokal-", bei vorwiegender Störung der Konsonanten von "Konsonantenstammeln".

Gutzmann (23) bezeichnet als "Physiologisches Stammeln" das normale Stammeln des Kindes während des Sprechenslernens in der Zeit um das 3. bis 4. Lebensjahr, welches mit 5 bis 6 Jahren normalerweise abgeschlossen ist.

Poltern bezeichnet Schilling (40) als eine "sprachliche Gestaltungsschwäche mit unbeherrschter, überhasteter und undeutlicher Rede auf Grund einer angeborenen,

vererbaren, konstitutionell bedingten Eigentümlichkeit der gesamten psychosomatischen Persönlichkeit". Nach Beschreibungen von Arnold (2) und Luchsinger (32) bestehen die Symptome in einem schnellen, überstürzten Sprachtempo, im Auslassen und Kontaminieren von Silben und Wörtern sowie Ante- und Postpositionen beim Sprechen, Lesen und Schreiben. Das häufige, zerfahren anmutende Wiederholen von Silben, Wörtern und Satzteilen erinnert an das klonische Stottern.

Als charakterologische Merkmale werden angegeben: Mangel an Selbstkontrolle, Hastigkeit, Sprunghaftigkeit bei motorischer Ungeschicklichkeit und, in deutlicher Abgrenzung zum Stotterer, eine Neigung zur Extrovertiertheit, Leichtsinns, Unordnung, Formlosigkeit, während der Stotterer eher zu Furchtsamkeit, Zögern, Ängstlichkeit und Überkorrektheit neigt.

Zur Verdeutlichung der Unterschiede zwischen Poltern und Stottern, dieser äußerlich leicht verwechselbaren Sprachstörungen, sei eine Tabelle von Weiß (55) übernommen.

Unterschied zwischen Poltern und Stottern:

	bei Poltern	bei Stottern
Bewußtsein der Störung:	besteht nicht	besteht
Aufmerksamkeitszulenkung:	bessert	verschlimmert
vor Fremden:	besser	schlechter
ungezwungene Redeweise:	schlechter	besser
kurze, bestimmte Antworten:	besser	schlechter
nach Aufforderung zur Wiederholg.:	besser	schlechter
nach Alkoholgenuß in der ersten Phase (leichte Enthemmg.):	schlechter	besser
für die Therapie gilt:	Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf die Artikulation	Ablenkung der Aufmerksamkeit von der Artikulation

Die spastische Dysphonie erinnert in dem angestrengten Aufwand beim Sprechen, in der Härte des Stimmeinsatzes, in der Anspannung von Bauch- und anderer Hilfs-, insbesondere der Halsmuskulatur an das Stottern. Nach Schilling (41) wird ein vermeintlicher Widerstand angegangen, ohne daß organische Veränderungen am Kehlkopf oder an anderer Stelle vorliegen. Bei dieser hyperkinetischen Stimmstörung klingt die Stimme ächzend, angestrengt, gepreßt und besitzt als "Lamento" einen depressiven Unterton bei überhöhter Sprechtonlage. Als Ursache werden neurotische Reaktion auf einen Unfall oder Schwierigkeiten im Leben angegeben.

Die skandierende Sprache, bei der zwischen die einzelnen Silben oder Worte Pausen eingelegt werden, lassen das Gesprochene zerhackt erscheinen. Sie kommt bei Multipler Sklerose vor.

Verwaschenheit der Aussprache, Silbenstolpern, sogen. "Silbenschmierer", Auslassung, Umstellung, Versetzung oder Verdoppelung von Buchstaben und Silben bis hin zum unverständlichen Lallen finden sich bei der Paralyse, sowie bei Alkohol-, Schlafmittel-, oder Bromvergiftung als artikulatorische Sprachstörung.

Eine weitere Dysarthrie, die gestörte lautliche Gliederung der gesprochenen Worte als Folge von Lähmungen der Lippen-, Zungen- und Gaumenmuskeln, tritt als näselnde, kloßige und durch Schluckstörungen unterbrochene Sprache bei Erkrankungen der bulbären Hirnnervenkerne und bei Störungen der Nervenbahnen vom Großhirn zu den bulbären Kernen, z.B. nach Schlaganfällen, auf.

Bei Läsionen im Brocaschen, dem motorischen Sprachzentrum des Frontallappens, ist, soweit überhaupt noch Sprachreste erhalten sind, ein Telegrammstil mit agrammatischen, oft hinausgestoßenen Stichworten charakteristisch.

Bei Läsionen im Wernickeschen, dem sensorischen Sprachzentrum des Temporallappens, kann der Kranke Gesprochenes zwar hören, aber nicht auffassen und infolgedessen nicht nachsprechen. Durch Enthemmung anderer Hirngebiete entsteht zugleich ein starker Rededrang (Logorrhoe). Dabei kommt es häufig zu Verwechslungen und Entstellungen von Worten oder Buchstaben (Paraphrasien), da der Kranke seine eigene Sprache nicht mehr versteht und daher nicht mehr kontrollieren kann. Es werden unverständliche Worte gesprochen mit der Neigung zum Haftenbleiben (Perseveration) an einmal gefundenen Worten.

Als Varianten oder Entwicklungsstadien seien noch einige Sonderformen des Stotterns angeführt. Schilling (40) spricht in diesem Zusammenhang von:

1. Physiologischem Stottern, das, ähnlich wie das physiologische Stammeln nach Gutzman s.o.!, in der kritischen Phase der Sprachentwicklung, im 3. bis 5. Lebensjahr als Diskrepanz zwischen innerer Sprachwerdung (Noesis) und Sprachfähigkeit (Lalesis) zu "physiologischen Wortfindungsstörungen" führt.

2. Entwicklungsstottern, welches sich, wie schon Fröschels, Hoepfner und Wiesenhütter beschreiben, bei Fortbestehen des physiologischen Stotterns über die die normale Zeit hinaus - ungefähr das 5. Lebensjahr - oder im Auftreten von pathologischen Formen wie sekundären Toni und psychoreaktiver Sprechhemmung als Anzeichen der Manifestierung endgültigen Stotterns zeigt.

3. Polter-Stottern, einer Vermischung beider Komponenten, wobei das Poltern als primär, das Stottern als aufgepfropft gilt. Gamperts ⁽²¹⁾, der sich seinerseits auf Weiß und Freund beruft, weist auf die Unausgeglichenheit des vegetativen Nervensystems insbesondere bei Polter-Stotterern aber auch bei reinen Stotterern hin, die sich u. a. in einer Neigung zu Migräne und Schwitzen äußere. Auffällig sei der prozentual hohe Anteil von abnormen EEG-Befunden bei Polter-Stotterern nach eigenen und Untersuchungen von Luchsinger und Landolt.

4. Traumatischem Stottern

- a) nach Hirntraumen mit aphasischen Wortfindungsstörungen vom Typ der anamnestischen und motorischen Aphasie s. o. !
- b) nach psychischen Traumen (Schreckerlebnissen) häufig ebenfalls mit Wortfindungsstörungen, auch, wenn es sich um rein psychogenes Stottern handelt.

Differentialdiagnose: Durch Lesenlassen. Steht die Wortfindungsstörung im Vordergrund, geht das Lesen relativ glatt. Steht die Erwartungsangst im Vordergrund, etwa bei gefürchteten Lauten auf Grund tiefenpsychologischer Zusammenhänge, ist das Lesen gestörter und das freie Gespräch geht besser wegen der Möglichkeit zu freier Wortwahl - und umgekehrt.

5. Nachahmungsstottern, häufig von Kindern als bewußte oder unbewußte Kopierung von Stotterern in ihrer Umwelt angenommen. Fröschels ⁽¹⁸⁾ spricht vom "Pseudotonus" bei Nachahmungsstotterern, bei welchem im Unterschied zum Tonus des genuinen Stotterers die Dauer der Blockierung nicht unter dem Zeichen der Kraftanstrengung stünde und lediglich die verlängerte Artikulation zur Verwechslung führe. Eine Unterscheidung sei durch Vergleich der hörbaren Symptome und der sichtbaren Kraftanstrengung möglich.

6. Bisweilen auftretenden speziellen Teilsymptomen beim Stottern, welche auf tiefenpsychologische Aspekte hinweisen. So z. B.

Die Symptome:

als Äquivalent für:

Das Langziehen von einzelnen Lauten
Das Atemvorschieben vor " "
Das Schluchzen " "
Explosivartige Spracherscheinungen
mit hinausgeschleuderten Worten u.
Wortteilen oder das Spuckstottern

langanhaltende Angstzustände
Schrecktraumen
unterdrücktes Weinen
freigesetzte, vorher verdrängte
Aggressionen

Der weit offen gehaltene Mund

gehemmte, früher verdrängte
Oralität, Fütter-Besitzthematik
Regressionen, Rückkehrenwollen
in frühkindliche Geborgenheit

Das Schmatzen

- hiervon sind Krampfstöße mit rein organischer Ursache zu unterscheiden! -

Das inspiratorische Sprechen

Triebkonflikte mit retentivem
Moment, Tendenz des Zurück-
nehmens

und anderen noch selteneren Kuriositäten.

III. DEUTUNGEN DES STOTTERNS UND SEINER PATHOGENESE

Mit der folgenden Aufstellung, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, sollen die Hauptrichtungen und ihre Vertreter hinsichtlich Deutung und Ableitung der Pathogenese des Stotterns genannt werden. Der Akzent liegt dabei auf solchen Richtungen, die heute noch oder wieder aktuell in der Erforschung des Stotterns und für die Therapie sind. Durch wenigstens einen Vertreter aus möglichst junger Zeit soll jede Richtung vom modernen Standpunkt aus stellvertretend etwas ausführlicher dargestellt werden.

Nach einem erweiterten und veränderten Schema von Florsdorf (12) lassen sich folgende Richtungen voneinander abgrenzen:

1. Vorwiegend organisch orientierte Richtungen

Rein mechanische Erklärungen, wonach eine Hypertrophie der Zunge als Ursache angesehen und folgerichtig noch 1841 Teilresektionen der Zunge durch den Chirurgen Dieffenbach ausgeführt wurden, sind heute längst aufgegeben worden. Wo in neuerer Zeit und auch heute noch die Ursache oder Mitwirkung von organischen Schäden für das Stottern postuliert wird, werden diese im ZNS lokalisiert. Seemann (47) und Asperger (3) sprechen von Störungen im Striatum-Pallidumbereich und von einem Betroffensein der grauen Zellen des Mittelhirns infolge einer Encephalitis.

Henning (24) bezeichnet Stottern als ein mit großer Wahrscheinlichkeit "biologisches Leiden". Nach seinen Untersuchungen in Remscheid seien 3/4 der Fälle

"hereditär vorgezeichnet", in 1/4 d.F. lägen somatische Anomalien oder Schädigungen als Ursache vor. Stottern selbst sei primär kein neurotischer Prozeß, keine neurotische Reaktion und kein neurotisches Symptom. Es zeige allerdings eine bedeutende Affinität sowohl zur Neurosenbildung als auch zur Erregbarkeit. Stottern könne sekundär eine Verbindung mit einer Neurose eingehen, zum Zwangssymptom und zum Symptom einer Hysterie werden. Als Bestandteil könne es in eine Neurose eingebaut, dadurch graviert und fixiert, schließlich sekundär durch Erregungen aus endogener und exogener Ursache auf dem Boden konstitutioneller Bereitschaft verstärkt werden.

Besonderen Wert legt Henning neben der Feststellung, daß Stottern "primär aller Wahrscheinlichkeit nach keine neurotische Reaktion" sei, auf den Zusammenhang mit der Fehlfunktion des Vegetativums. Alle exogenen Momente seien für die Pathogenese des Stotterns von sekundärer Bedeutung. Er weist auf das gehäufte Vorkommen von Allergie, wie Asthma, Heuschnupfen und Ekzeme in Stotterer-Familien sowie auf den Symptomwandel von allergischen Zeichen und Stottern hin, welcher sich in beiden Richtungen jeweils nach Abheilung der einen Komponente beobachten lasse. Ferner weist Henning darauf hin, daß Stotterer zumindest im Kindesalter "ängstlich-erregbar-empfindliche" Reaktionen zeigten. Vererbbarkeit sei bei Stotternern stark ausgeprägt.

Zur Untermauerung seiner Feststellungen führt Henning folgendes Zahlenmaterial nach eigenen Untersuchungen an:

Von 71 stotternden Kindern zeigten 68,5 % typisch "ängstlich-erregbar-empfindliche" Reaktionen.

Mehrfaches St. in der Familie "reiner" Stotterer d. h. nicht sichtbar organisch vorgeschädigt					in 70 % d.F.
Mehrfache Allergie in d. Fam.	"	"	"	"	" 72 % " "
Stottern u.	"	"	"	"	" 97 %!" "
Mehrf. Erregbarkeit	"	"	"	"	" 40 % " "
+ " starke Sprech- antriebe	"	"	"	"	" 30 % " "

+ Anmerkg.: Dührssen (9) deutet den starken Rededrang der Umwelt, insbesondere der Mütter, als exogene Ursache im Sinne einer Hemmung, als ein Nicht-zu-Wort-kommen-lassen und geht damit parallel mit vielen amerikanischen Autoren. - s. Abschn. 7 !

Auf den Zusammenhang zwischen Allergie und Stottern weist Card ⁽⁶⁾ schon 1939 hin. Er vermutet, daß der Spasmus des Stotterers einen allergischen Hintergrund habe, dieser Hintergrund sei eine wichtige Ursache für das Stottern. Bemerkenswert sei, daß alle Stotterer unter den Allergikern besonders sensitiv reagierten, daß ihre allergischen Reaktionen schwerer als die des Durchschnittes der Allergiker im allgemeinen seien. Bei Frauen sei während der Periode das Stottern stärker, ebenso wie bei weiblichen Allergikern die allergischen Reaktionen.

Angaben über die Vererbbarkeit des Stotterns finden sich auch bei Seemann (47), Nadoleczny ⁽³⁵⁾, Arnold und Luchsinger ⁽³²⁾, + ihre Angaben schwanken zwischen 65 % - 85 %.

2. Vorwiegend funktionell orientierte Richtungen

Liebmann ⁽³¹⁾, ein Schüler von Gutzmann bekämpft die "anatomische Theorie" seiner Zeit. Er entwirft als erster eine "psychogene Theorie", nach der Stottern sich aus einem Mißverhältnis von Denken und Sprechen ableitet, so daß die gedankliche Gliederung dem Sprechdrang nicht folgen kann. Nach ihm handelt es sich beim Stotterer um eine nervöse Persönlichkeit mit abnormer Reaktion auf schwache Reize.

Fröschels bezeichnet das Stottern zuerst als Neurose und legt zusammen mit Hoepfner, der vom Stottern als von einer assoziativen Aphasie spricht, die theoretische Grundlage zu dieser Auffassung.

Hoepfner ⁽²⁵⁾ erklärt die Entstehung aus der bloßen Wiederholung von Silben und Wörtern bei jüngeren Kindern, die an sich noch kein wirkliches Stottern sei, sondern erst in Verbindung mit einer neurotischen Hypersensibilität oder durch das Korrigieren von Angehörigen über das Bewußtwerden der Störung zu Spasmen als Folge der gewollten Anstrengung zur Überwindung der Schwierigkeit - nicht als Folge einer zentralen Störung - führt. Dabei kommt es zur Abspaltung der Aufmerksamkeit auf "schwere Worte" und somit zur "psychologischen Entwertung des Wortes".

+ Anmerkg.: Möglicherweise sind bei diesen Zahlenangaben die Nachahmungsstotterer im Sinne Fröschels ⁽¹⁸⁾ s. Kap. 2! - miteinfaßt, so daß doch ein geringerer Prozentsatz angenommen werden muß.

Ähnlich erklärt Fröschels ⁽¹⁹⁾ das Zustandekommen der Störung. Er beschreibt die Aufeinanderfolge der Symptome in Abhängigkeit von psychischen Vorgängen. Der reine Klonus als "physiologisches Stottern" des Kinder besteht in der Wiederholung von Silben und Worten in normaler Schnelligkeit als Ausdruck des Mißverhältnisses von Sprechdrang und formuliertem Denken. Über das Bewußtmachen durch die Umwelt kommt es zur Reflexion über die Störung, zum Störungsbewußtsein und damit zur Anstrengung. Dieser Phase entspricht der langsame Klonus-Tonus, verlangsamte Wiederholungen und Pressen in den Artikulationsmuskeln. Bei zunehmender Anstrengung entwickeln sich reine Toni, ausgeprägtes Pressen und als Ablenkung vom Sprechakt "Mithandlungen" - sonst meist "Mitbewegungen" genannt - sowie Embolophasien -s. S. 4 ! - zur Erleichterung eines Wortbeginns. Die Wortbedeutungen treten schließlich gegenüber den Bewegungsvorstellungen in den Hintergrund. Schließlich bildet sich das für Fröschels ⁽²⁰⁾ besonders wichtige "geistige Symptom" heraus, der Glaube des Stotterers an die objektive Schwierigkeit der Aussprache bestimmter Laute, Silben und Worte, wobei häufig ein Wechsel dieser "schwierigen Klippen" vorkommt. Damit aber ist die Sprachstörung endgültig fixiert.

Fernau-Horn ⁽¹¹⁾ stellt fest, daß zwischen Symptomschwere und Heilerfolg keine Relation besteht. Logopädisch sei hierfür keine Erklärung zu finden, wohl aber in der modernen Neurosenlehre. Stottern sei kein einheitliches, nur nach Schweregraden abgestuftes Krankheitsbild, sondern eine Neurose mit verschiedenen Ablaufformen, wie sie Schultz ⁽⁴³⁾ beschrieben hat.

Nicht jedes Stottern sei neurotisch bedingt. Die Ausnahmen seien:

1. situativ bedingtes Stottern, das bei Kindern wie bei Erwachsenen gelegentlich auftrete, wenn anderes gesagt als gedacht werden soll, wenn Verlegenheit um eine Antwort bestehe.
2. physiologisches bedingtes Stottern bei Kindern während der Sprachentwicklung als natürliches Mißverhältnis zwischen Ausdrucksdrang und Denkhemmung.
3. präneurotisches Stottern bei psycho-vegetativ labilen oder hereditär belasteten Kindern. Zunächst bestehe dabei noch kein Bewußtsein von der Störung und somit keine Sprechangst. Spätestens aber mit dem schulpflichtigen Alter sei mit der Bewußtmachung die Entwicklung zur Neurose hin eingeleitet.

Liegen nun echte neurotische Formen vor, unterscheidet Fernau-Horn in Anlehnung an J. H. Schultz und seine Neurosenlehre pathogenetisch zwischen der kern- und randneurotischen Form des Stotterns. Die weitaus seltenere Form des kernneurotischen Stotterns, dem in der Regel ein schwerer innerseelischer Konflikt zugrunde liege, habe eine andere Genese und gewisse Abweichungen in der Symptomatik und erfor-

dere eine andere Einstellung für die Therapie. Zur Verdeutlichung des Unterschiedes beider Formen führt Fernau-Horn eine Übersicht an, die in gekürzter Form hier wiedergegeben ist:

Ihrem Aufbau nach kann die Sprachneurose sein:	
eine	
<u>Randneurose</u> exogen u. psycho-physiogen bedingt	<u>Kernneurose</u> endogen u. charakterogen bed.
Die Entwicklung der Neurose erfolgt in zentripetaler Richtung	zentrifugaler Richtung
Die sprachlichen Symptome sind dementsprechend meist sogleich auffällig	zunächst unauffällig
Die seelischen Symptome sind sekundärer Natur als Folge der Kontaktunsicherheit, die durch die Sprechhemmung entsteht. Die Sprachangst herrscht vor.	primärer Natur als Ursache der Kontaktunsicherh., die zur Sprechhemmung führt. Die Lebensangst herrscht vor.
Das Unterbewußtsein glaubt nicht,	will nicht,
daß die Sprachkoordination richtig funktioniert	
Behandlung:	
"Kleine Psychotherapie", Einschleifung des Ablaufzirkels, Ausdrucksschulung	"Große Psychotherapie", Aufdeckung der Sicherungstendenz und ihrer Ursachen, Erziehung zu Lebensleistung und Verantwortung

Von der randneurotischen Form des Stotterns, der sie 80 - 90 % aller Fälle zuordnet, spricht Fernau-Horn als von einer "Sprachangstneurose", "ein Störmechanismus, der in Form eines Hemmungszirkels eingeschliffen wurde." Die Pathogenese dieses im Sinne von J. H. Schultz "randneurotisch" bezeichneten Stotterns wird als ein Zirkel ineinandergreifender Sperrmechanismen beschrieben:

1. Glied: Wie schon bei den vorneurotischen Formen, dem situativ bedingten, dem physiologischen und dem präneurotischen Stottern wirken ur-

sächlich als psychischer Faktor, Aufmerksamkeitsspannung, Erregung, Denkhemmung, Schreck, Angst. Besonders der Schreck führt zum

2. Glied: dem Atemstillstand, dieser zum

3. Glied: dem Tonstillstand. Da nun Atmungs- und Kehlkopfzentrum durch Nervenverbindungen voneinander abhängen, bewirkt eine Atembewegungseinstellung eine Dämpfung des Zentrums für die Innervation der Kehlkopfmuskeln. Bei tonlosem Sprechen, stimmlosen Konsonanten, kommt es zur Öffnungsbewegung der Stimmlippen und der Glottis, bei tönenden, stimmhaften Vokalen und Konsonanten zum Verschuß. Die Aussprache der Zahl 777 erfordert in etwa einer Sekunde 9 Öffnungs- 8 Schließungsbewegungen der Stimmritze = 17 Bewegungphasen / sec. ! So wird verständlich, daß ein Stillstand des Atmungszentrums bei physiologisch mitbedingtem Stillstand des Kehlkopfzentrums zum Tonversagen führt, auch, wenn die Schreckwirkung nur 1/10 Sekunde anhält.

Ist die Stimmritze nun im Augenblick des Schocks gerade geöffnet, ergibt sich beim Versuch des Weitersprechens ein Vorausschieben des Atems, ist sie geschlossen, ein Langziehen der Vokale. Diese für das Frühstadium charakteristischen Symptome bezeichnet Fernau-Horn als nur "stimmliche Hemmungssymptome". Die willkürliche Anstrengung, die Atem-Tonunterbrechung zu überwinden, führt zum

4. Glied: Es treten Klönien auf, solange nur Lippen und Zunge mithelfen, Toni bei Einsetzen der Bauchpresse mit zunehmender Schwere und schließlich Mitbewegungen.

Damit ist das Stottern ausgeprägt, welches bei gelegentlichem Vorkommen noch leicht zu therapieren ist. Erst wenn sich mit dem Störungsbewußtsein nach und nach die Vorstellung des Versagens einwurzelt, kommt es zum

5. Glied: dem Stadium der Neurose, womit sich der Hemmungsmechanismus zu einem Circulus vitiosus, dem "Hemmungszirkel" schließt.

Diese sowohl gründliche als auch folgerichtige Deutung mit der wohl einleuchtendsten Pathogenese dieser Richtung sei mit einem weiteren Zitat von Fernau-Horn abgeschlossen:

"Aus der folgerichtigen Verkettung der Hemmungsmomente ..., geht aber nun mit völliger Evidenz hervor, daß das sogenannte Stottern keine Sprachstörung⁺ ist, weder zentralen noch peripheren Charakters, sondern nichts weiter, als ein

⁺ Anmerkg.: sui generis!, dem Erscheinungsbild nach natürlich doch.

psychisch ausgelöster Hemmungsmechanismus."

3. Organisch-funktionell orientierte Richtungen

Kussmaul (29) und Gutzmann (23) bezeichnen Stottern als eine Koordinationsneurose, welche über das falsche Zusammenspiel von pyramidalen und extrapyramidalen Bahnen infolge von Fehlschaltungen in Zellen und Zentren des Zwischenhirns zu klonischen und tonischen Krämpfen führe und damit die Sprechbehinderungen auslöse. Nadoleczny (35) weist in diesem Zusammenhang auf die große Bedeutung von Erbfaktoren hin. Nach diesen drei Autoren handelt es sich beim Stottern um eine nervöse Reaktion im Gebiet der sprachlichen Koordination auf konstitutioneller Grundlage.

Auch in neuester Zeit wird diese Ansicht wieder von vielen Autoren vertreten.

So erklärt Szalka (54) das Stottern als psychogene Koordinationsstörung der Muskelfunktionen für Atmung, Artikulation und Phonation. Die gemeinsam auftretenden psychischen, vegetativen und somatischen Erscheinungen bezeichnet er als "Emotion". Als Ort der kortikalen Integration werden angegeben, das limbische System und seine Verbindungen über den Hypothalamus, teils zu vegetativen Zentren, teils über die Hypophyse zu den hormonalen Drüsen, sowie über die Formatio reticularis zu den willkürlichen Muskeln zur Tonusregelung und koordinierten Funktion. Emotionen i. o. gen. Sinne bewirken nach Szalka über das limbische System Veränderungen neurohumeraler Art und damit im Muskeltonus - allgemein, eine vegetative und hormonale Hyperaktivität. Diese Veränderungen nun könnten in ihrer Wirkung auf ein konstitutionell labiles Nervensystem das Stottern verursachen.

Schilling (40) spricht von drei Faktorenbündeln bei der Pathogenese des Stotterns:

- "1. eine gewisse spezifische oder auch unspezifische erbliche Disposition,
2. eine oft sehr diskrete und daher nicht immer erkannte frühkindliche Hirnschädigung,
3. besondere psychologische und milieubedingte Konstellationen."

zu 1: Bei 61 % aller untersuchten Stotterer sind nach Schilling zerebral schädigende Einwirkungen wahrscheinlich.

zu 2: Ein mit Sicherheit pathologisches EEG gibt Schilling bei 31 % seiner stot-

ternden Patienten, bei Polter-Stotterern mit 50 % an, nur bei 42 % stottern-
der Patienten ergab sich ein normales EEG.

zu 3: Die neurosen-psychologische Interpretation gilt Schilling nicht für jedes
Stottern. Nach psychiatrischen Gutachten werden von seinem Krankengut

20 %	der Stotterer als gesund,
12 %	als unsicher,
68 %	als Neurotiker bezeichnet.

Zur Kennzeichnung der Eigenart des Stotterns sagt Schilling: "Nicht nur der
Sprecher und das Sprachprodukt, sondern auch die Reaktion des Hörers darauf -
oder vielleicht nur diese! - sind im Begriff "Stottern" impliziert. ... Der Stot-
terer, der auch für sich allein stottert, projiziert den Hörerbezug in einen ima-
ginären Partner." - Und: "Eine der Wesenseigentümlichkeiten des Stotterns ist
seine Tendenz zur Verselbständigung und Automatisierung des sprachlichen Funk-
tionskreises" mit der "eingeschliffenen Fehlgewöhnung als Folgeerscheinung frühe-
rer - inzwischen längst abgebauter Fehleinstellungen."

Mit dieser Interpretation und der Feststellung, daß der Schweregrad der Neu-
rose und der des Stotterns (als Symptom) nicht gleichzusetzen sind, berufen sich
Schilling und Fernau-Horn auf Schultz und seine Neurosenlehre.

4. Vorwiegend psychoanalytisch orientierte Richtungen

Freud (15), Schultz-Hencke (46), Dührssen (9) machen für das Stottern eine
bleibende Fehleinstellung in der ödipalen Phase, wie sie allgemein für den hyste-
rischen Charakter zutrefte, geltend. Ausgelöst sei eine solche Fehleinstellung durch
traumatisierende und fixierende Erlebnisse und Ereignisse.

Stekel (52) sieht im Stottern die Bemühung um die Verdrängung eines aus dem
Unterbewußten aufsteigenden komplexhaften Zusammenhanges im Sinne der Fehl-
leistung nach Freud (15). Während dieser die Psychoanalyse in Bezug auf die The-
rapie des Stotterns nicht für erfolgreich hält und beim Stotterer keine orale Lust-
empfindung annimmt, hält Stekel über Freud hinausgehend daran fest, daß der
Mund für den Stotterer eine erogene Zone sei. Stotterer seien Lutscher, Fein-
schmecker, "Kußfanatiker". Beim Versprechen, Verlesen und auch Verschreiben
drängen sich nach Stekel unbewußte Komplexe zwischen Worte und Silben und
bewirken so die Verdrängung von bestimmten Teilen der Rede aus Angst vor Ver-
rat zurückgehaltener Geheimnisse. Diese Deutung der Pathogenese wird auch
heute noch von einigen Forschern für das sogenannte "traumatische" oder "hyste-

rische" Stottern aufrecht erhalten, da sich hier Erfolge durch analytische und psychokathartische Therapie erreichen ließen.

Auch Steins⁽⁵¹⁾ Deutung ist psychoanalytisch orientiert. Stottern stellt für ihn eine Rückentwicklung als Flucht vor Überforderung dar, von der erreichten zu einer primitiveren Stufe, wo die Wiederholung von Silben noch normal ist. Aggressivität, Furcht und antiexhibitionistische Strebungen seien die psychischen Äquivalente zum Stottern.

Schneider ⁽⁴²⁾ bezeichnet die klonisch-tonischen Krampfstände beim Stottern als Konversionen, hysterische Reaktionen, bei denen die seelischen Konflikte nicht den Weg einer verstandesmäßigen Erledigung finden, sondern sich biologischer Bereitschaften zur Schaltung für instinktive und eingewöhnte Handlungen bedienen.

Die Konfliktentstehung geht nach Schneider so vor sich, daß einem Streben ein Gegenstreben entgegentritt, welches als Versagung, Drohung, Verbot oder Straferwartung empfunden wird und Gewissensdruck, Angst und Schuldgefühle entstehen läßt. Während nun die Gewissenskonflikte als schwere Belastung bei der Erledigung der täglichen Aufgaben empfunden würden, fielen sie über die Abspaltung aus dem Bewußtsein der Verdrängung anheim.

Der Boden für solche Konflikte sei in Krisenzeiten gegeben, bei einem Mißverhältnis zwischen Wollen und Können, Wollen und Sollen, sowie in Zeiten einer Schwächung der Person aus inneren oder äußeren Gründen, in denen die Möglichkeit zur Abwehr oder Verarbeitung herabgesetzt sei. Solche Krisenzeiten seien gegeben in der Periode starker Entwicklung, beim Übergang zu neuen Entwicklungsstufen, welche Ablösung und Neueinstellung erforderten und eine Neigung zum Verhalten im Sinne rückwärtiger Stufen aufkommen ließen. Die auf diese Weise anstehenden oder verdrängten Konflikte würden zur Belastung. Die Entwicklung zur Neurose geht nach Schneider nun so vor sich, daß eine Überlastung im Erleben ein Anstoß der verdrängten Konflikte in Richtung des Bewußtwerdens bedeutet. Diese Erschütterung selbst, sowie die Notwendigkeit, den Ansturm aus dem Unterbewußten zu verarbeiten, bzw. abzuriegeln, stelle eine Überforderung dar, aus welcher das Stotterersymptom als Selbstheilungsversuch, als Anzeichen einer inneren Erkrankung, nicht als diese selbst, erwachse.

Zeiten der Manifestation im Sinne der oben beschriebenen Krisenzeiten seien:

1. der Übergang von der Säuglings- zur Spielstufe,
2. die Blüte der Spielzeit im 4. - 5. Lebensjahr,
3. der Übergang von der Spiel- zur Lernstufe mit dem entsprechenden Übergang vom Wunsch- zum Sachdenken

Später komme es nur dann zur Manifestation, wenn ein Vorspiel schon im Kindesalter stattgefunden habe.

Als typische Konflikthalte nennt Schneider:

1. Still- und Ernährungsschwierigkeiten der Säuglinge.
2. den geforderten Übergang vom Lallen zum Sprechen durch Festhalten an der "Mundlust" (Lutschen),
3. den Zwang zur Bett- und Zimmerreinlichkeit,
4. eine Störung auf dem Wege vom Eigenstreben zur Selbständigkeit, in der Liebesbeziehung zur Umwelt, in der Bewältigung von Aufgaben durch das Festhalten an phantasiemäßig-spielerischen Lösungen rückwärtiger, ungelöster Konflikte

Die Ausprägung der Symptome habe die Rückwendung zu vorgebildeten Schaltungen - Reflexen und Instinkthandlungen - als Bewegungsturm oder Totstellreflex an Sprechwerkzeug- und anderen Muskeln zum Hintergrund. Um die verdrängten Konflikte zurückzuhalten, sei Nichterinnern und Schweigen angezeigt. Daraus resultiere das Aufhalten der Sprechabsicht bis zur Bindung der aus der Wiederkehr des Verdrängten entstehenden Angst. Nach vollendeter Abwehr werde die Sprache wieder freigegeben. Der so bedingte gleichzeitige Antriebskonflikt von Agonisten und Antagonisten habe die tonisch-klonischen Krämpfe zur Folge. Die Tatsache, daß es sich dabei um die Auslösung "vorgebildeter Schaltungen" handle, mache den Vorgang "selbsttätig, zwangsläufig und sicher".

Bei wiederholtem Stottern bestimmter Laute und Buchstaben, "übernehmen diese die Rolle von Merkzeichen für eine drohende innere Gefahr, da es Aufgipfelungen von Vertretern für solche Konflikte sind." - Dazu berichtet Schneider ein Beispiel: Einer seiner Patienten habe in der Schule während des französischen Unterrichtes ohne irgendwelche Symptome vorher plötzlich auf "S" und "Z" gestottert. Dahinter habe die Angst vor Entdeckung seines Verhältnisses mit einer französischen Freundin des Namens "Züsi" gestanden.

5. Vorwiegend individualpsychologisch orientierte Richtungen

Adler, der Begründer der Individualpsychologie, sieht im Stottern - nach Wiesenhütter (58) - eine Form männlichen Protests als Folge von Unsicherheit, Ängstlichkeit, Minderwertigkeitsgefühlen und dem mißglückten Streben nach Geltung in der Kleinkindsituation. In diesem Sinne sehen auch Künkel und Friedmann (16) eine

entscheidende Bedeutung bei der Pathogenese des Stotterns in der Situation des "Um-seine-persönliche-Wirkung-gebracht-seins". Nach Appelt (1) ist das Stottern ein Mittel

1. der passiven Resistenz auf Grund mangelnden Mutes,
2. zur Gewinnung von Aufmerksamkeit,
3. zur Befriedigung von Geltungssucht.

Fehrenbach (10) stellt zwei prinzipiell verschiedene Deutungen des Stotterproblems gegenüber, um dann beide zu einer Theorie zu vereinen.

Nach der ersten Deutung von Fröschels (19) beschreibt Fehrenbach - Fröschels interpretierend - den Stotterer als einen Menschen, "der nicht sprechen kann, der unter einem schweren Schicksal leidet und unter seelischen Qualen den Kontakt zu seinen Mitmenschen sucht und nicht findet."

Nach der zweiten Deutung, von Wilhelm (59), beschreibt Fehrenbach - Wilhelm interpretierend - den Stotterer als einen Menschen, der nicht sprechen will, der in einem psychischen Infantilismus, in passiver Resistenz gegen die Forderungen der Gemeinschaft stecken geblieben ist.

Die Hauptursache für das Stottern liegt nach Fehrenbach in der Störung der sozialen Grundtendenz. Zu einer gesunden Einordnung in die Gesellschaft bedürfe es der "Mitteilung als sozialer Sprachkraft". Dazu bedürfe es der Gemeinschaftsfähigkeit, die ihrerseits Hingabefähigkeit sowie Bereitschaft zur Hingabe erfordert. Diese Bereitschaft könne nur auf einem gesunden Selbstgefühl und einem "Hingabetrieb" beruhen. Dem Stottern nun liegt nach Fehrenbach eine Störung der Gemeinschaftsfähigkeit als Mangel an Hingabefähigkeit oder -willigkeit zugrunde. "Eine Störung, die sich niemals ohne Rest aus einer "schwierigen psychologischen Situation" - so Wexberg (56) - und noch weniger aus einer - meist nur vermuteten - Organminderwertigkeit des Sprechapparates oder des vegetativen Nervensystems erklären läßt".

Es sei zu betonen, daß im Verhalten zur Leistung der Kern des Minderwertigkeitsgefühles beim Stotterer liege, dieser Umstand werde von der Individualpsychologie richtig als Mitursache, von Hoepfner, Fröschels und Rothe fälschlicherweise als Folge der Sprachstörung angesehen.

Fehrenbach unterscheidet zwei Gruppen unter den Stotternern. Bei der ersten sind Gemeinschafts- und Hingabewilligkeit nicht oder zu gering ausgeprägt. Selbstbehauptungs- und Hingabetrieb befinden sich nicht im Gleichgewicht, um egoistischen Trieben steuern zu können. Es bestehen Leistungs- und Verantwortungsunwilligkeit. Das Stottern wird benutzt, um sich den Forderungen der Gemeinschaft zu entziehen. Vorkommen dieser Gruppe: bei Einzel- und jüngsten Kindern

vor dem Hintergrund der Unterforderung.

Bei der zweiten Gruppe, bei der Selbstbehauptung und Hingabefähigkeit schwach ausgeprägt und leicht zu erschüttern sind, liegen Leistungsunfähigkeit und Verantwortungsfurcht vor, das Stottern dient der krankhaften Sicherung der Schwäche. Häufiges Vorkommen dieser Gruppe: bei ältesten Kindern vor dem Hintergrund der Überforderung.

Im 3. bis 4. Lebensjahr zum Zeitpunkt des Zerreißen des engen Bandes um Mutter und Kind wirken sich nach Fehrenbach die Eigenschaften der Gruppe I in der Weise aus, daß der Hingabeunwillige die Annehmlichkeiten des Kleinkind-daseins, sein Behütetsein nicht aufgeben, daher kein selbständiges "Ich" werden will und entsprechend Leistung und Selbständigkeit ablehnt - "Psychologischer Infantilismus" im Sinne der Individualpsychologie.

Die 2. Gruppe der Hingabegehemmten, dabei Kontaktbedürftigen, fühlt sich allein und von der Umwelt bedroht, wenn sich die Mutterbindung lockert. Sie fühlt sich den neuen Forderungen nicht gewachsen und verweigert sich ihnen, aus Furcht zu versagen.

Mit diesen Eigenschaften und Reaktionen erklärt Fehrenbach die Ursache für das Stottern. Der Übergang zum grammatisch richtigen Sprechen erfordere Disziplin und verlange Distanz von subjektiven Gefühlen und Strebungen sowie das Zurückdrängen des ichhaften Ausdrucks, echte Mitteilung, wahrhaftes Geben und Nehmen. Grundlage aber dafür sei Hingabefähigkeit und -willigkeit, sowie echte Selbstbehauptung. Diese aber seien nur möglich, wenn der Lebensplan echten Idealen hinsichtlich der Leistung entspreche.

6. Vorwiegend anthropologisch orientierte Richtungen

Wiesenhütter ⁽⁵⁷⁾ sagt von Neurosen, als deren eine er das Stottern bezeichnet, sie seien "Krisen, Abwandlungen und - mindestens teilweise - Verhinderungen der Menschwerdung."

Drei Grunderfahrungen zieht er zur anthropologischen Deutung des Stotterns heran: 1. Der weitaus häufigste Zeitpunkt für die Entstehung um das 4. Lebensjahr herum.

2. Der höhere Anteil an männlichen Stotterern gegenüber weiblichen, nach Wiesenhütter: bei Kindern 4 : 1, bei Erwachsenen 10 : 1.

3. Das häufige Vorliegen besonderer Begabung, Differenzierung oder Einseitigkeit bei Stotterern.

zu 1.: Das Reifungsalter um das 4. Lebensjahr herum bezeichnet nach Wiesenhütter einen Übergang vom Erleben, Denken und Sprechen aus einheitlichem Grund zu einem Verhalten zu-sich-selbst, welches vorwiegend denkend und zu einem Verhalten über-sich-selbst-hinaus, welches vorwiegend sprechend bewältigt werden muß. So tritt im Sinne von Klages - "Der Geist als Widersacher der Seele" - eine Entzweigung von voran, in die Ferne gerichtetem Geist und zurückgerichteter Natur ein. Aus dem Zwiespalt zwischen Bewußtwerdung einerseits und Zurückbeugung andererseits bildet sich nach Wiesenhütter über Sammlung, Aufstauung und Verkrampfung Weltverschließung, "Idealtypisierung" von Vereinzelung und Individuation, Loslösung vom tragenden Grund der Natur und dem "rhythmisch pulsierenden Leben." - Das Zerreißen größerer Einheit mit der Natur manifestiert sich zum Teil im Rhythmus der Sprache.

zu 2.: Zur Erklärung der geschlechtsbedingten Abhängigkeit des Stotterns bezieht sich Wiesenhütter auf Lersch und dessen Typisierung der geschlechtsbedingten Charakterunterschiede. Lersch ⁽³⁰⁾ bezeichnet als typisch männliche Charaktereigenschaften: Aktivität im Sinne von Aus- und Umgestaltung, Tendenz zu Angriff, Wollen, Theorie, Sachwelt, Bewußtheit, Abgehobenheit des Ichs bei Strebungen in Vergangenheit und Zukunft, in die Fernwelt, in den Bereich von Geist und Wille, als typisch weibliche Charaktereigenschaften: Hingabe, Empfangen, Geduld, Neigung zu konservativem Verharren, zur Bleibe im Augenblick, in der Nahwelt, in der Personwelt, größere Nähe zu Natur, Leben, Gemüt, Gefühl.

Aus diesen unterschiedlichen Grundeigenschaften lassen sich nun auch geschlechtsbedingte Spracheigenheiten ableiten: Für die typisch männliche Sprechweise: Härte, Spannung, Wollen, Bevorzugung der konsonantischen Artikulation, intermittierend-stoßende Form des Sprechablaufes aus den Spannungen des Wollens - extreme Ausprägung graphisch symbolisiert durch einzelne aufstrebende Pfeile:



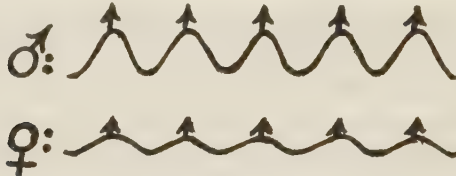
aufstrebend
intermittierend
losgelöst

Für die typisch weibliche Sprechweise gelten: Bevorzugt vokalische Artikulation, Melos, Weichheit, Gefühlsbetonung, kontinuierlich fließender Verlauf - extreme Ausprägung graphisch symbolisiert durch eine wellenförmige Linie:



verbindend
weich

Das normale Mittelmaß läßt sich dann als gemeinsame Wirkung beider Komponenten nur in verschiedener Ausprägung nach Lersch etwa in folgender Weise darstellen:



Dieses Schema greift Wiesenhütter auf und sieht bei einer Entwicklung, welche die tragende Sinuskurve mehr und mehr zurücktreten läßt, die Ausbildung des Stotterns als gegeben an. In der Zeit des Auftretens von Entwicklungsstottern, von dem Wiesenhütter bei Fortbestehen des normalen physiologischen Stotterns über das 5. Lebensjahr hinaus spricht, liegt dieser Verlauf besonders nahe als Ausdruck vom Verlust der engen Kommunikation zur Mit- und Umwelt, wie er bei der Entwicklung zu männlichem Wesen noch schroffer erlebt wird als bei einer solchen in weibliche Richtung. + ++

+ Anmerk. 1: Bei den relativ wenigen weiblichen Stotterern handelt es sich nach Wiesenhütter (55) um Mädchen, "bei denen entweder eine virile Note im ganzen Habitus unverkennbar ist oder die vom Ehrgeiz der Angehörigen ganz in eine männliche Rolle und Zielsetzung hineinmanövriert und darin gehalten werden."

++ Anmerk. 2: Andere Erklärungen für den größeren Anteil von Männern unter den Stotterern führt Richter (37) an.

1. Flechsig führe diese Tatsache auf die frühere Ausreifung der Markscheiden und assoziativen Nervenbahnen bei Mädchen

Damit ist der Übergang gegeben

zu 3. : Das häufige Vorliegen besonderer Begabung, Differenzierung oder Einseitigkeit bei Stotterern. Die Voraussetzung für eine Zerrissenheit im oben genannten Sinne, sieht Wiesenhütter nun folgerichtig in der Fortentwicklung des Erlebens vom nur unbewußt-triebhaften Geschehen. Dazu aber ist ein Minimum an Differenziertheit erforderlich. Diese Fortentwicklung vom unbewußt steuernden Ugrund ist nun mit steigender Kompliziertheit, insbesondere bei dem sich ins Geistige versteigenden Manne am ehesten gegeben.

Faktoren, die allgemein die Entwicklung des Stotterns fördern, ergeben sich aus Anlage, Entwicklung und Umwelt. Im einzelnen führt Wiesenhütter dazu an: Eine Überdifferenzierung der Anlage, die zur Vereinzelung führt, sich aufstauendes männliches Prinzip, linkisches Wesen, dauernde oder periodisch auftretende pathologische Einflüsse wie absondernde Einzelkindssituationen, Überstrenge, Überwärmung, Einengung, Nährboden für Unsicherheitsgefühle und Verlust des tragenden Grundes.

Florsdorf ⁽¹²⁾, der das Stottern ebenfalls als eine Störung der Rede mit Beschränkung auf den mitmenschlichen Bereich ansieht, belegt diese Interpretation mit eigenen Beobachtungen, nach denen bei Gesang, bei sprachlichen Einschüben, die nicht dem Gegenüber gelten, bei schauspielerischem Rollenspiel oder großem räumlichen Abstand vom Partner keine Störung zu bemerken sei. Besonders gestört sei dagegen oft die Namens-

gegenüber gleichaltrigen Jungen zurück.

2. Hanapp mache dafür den höheren Ca-Gehalt im Blut des weiblichen Körpers verantwortlich. Besonders die ionisierte Form des Ca im Blut bewirke eine größere Entspannung der Gesamt- und damit der Sprechmuskulatur und davon abhängig eine geringere Tendenz zur Übertonisierung bei der Frau.
3. Richter selbst sieht Mädchen durch die Vorbereitung auf ihre Aufgaben als Mutter und Ehefrau und den damit verbundenen festeren Kontakt zu einem größeren Kreise der Gemeinschaft eher gegen eine Isolierung gefeit, wie sie als Voraussetzung der "Kontaktneurose" des Stotterns (im Sinne von Stockerts) die Jungen in ihrer Entwicklung bedrohe.

nennung als Ausdruck des selbstbewußten Hervortretens. Mit der Tatsache, daß es auch unter Tauben Stotterer gibt, sieht Florsdorf die Theorie gefestigt, nach der Stottern im wesentlichen eine Kommunikationsstörung ist.

Im Vordergrund der Pathogenese stehen nach Florsdorf Konflikte mit dem Vater oder einer Vater-Person. Die Erzwingung einer "gefügigen Bravheit" durch Eltern oder Umwelt z. Zt. der bewußten Ichfindung verbunden mit der väterlich-männlichen Erwartung einer aktiven Selbstbehauptung führe zu einem Konflikt zwischen Noch-nicht-können und Schon-müssen und löse das Stottern aus.

Auslöser solcher Konflikte sieht Florsdorf:

1. In einer ausgesprochenen Überforderung.
2. In einer atmosphärischen Überforderung.
3. In einem vaterlosen Klima oder einem solchen, in dem der Vater durch eine besondere Weichheit ein Schattendasein führt, so daß das Kleinkind, in Regressionen aufgewachsen, meist mit der Einschulung einen Schock erleidet.

Zu einem Nachlassen der Störung führen nach Florsdorf jede Hebung der Stimmungslage, besonders Zustände der Selbstvergessenheit, mitreißende Stimmungen wie beim Deklamieren, Fluchen usw..

Er betont den starken "Leidensdruck" des Stotterers. Die sprachliche Mangelercheinung stehe im Mittelpunkt seines Erlebens, führe zu Verzweiflung und Selbstmordabsicht. Durch die Identifizierung mit seinem Symptom finde er immer wieder die Bestätigung seiner Minderwertigkeit. Die Leidenskomponente werde bei der Beurteilung des Stotterns allzu häufig übersehen. Immer herrsche beim Stotterer der Wille zur Überwindung des Symptoms vor im Unterschied zu andern Neurosen, bei denen häufig eine Sympptompflege zu beobachten sei wie z.B. beim Bettnässen, Stehlen, Streunen.

Hinsichtlich des Manifestationsalters und des geschlechtspsychologischen Aspektes gehen Florsdorfs Beobachtungen mit denen Wiesenhütters parallel.

7. Amerikanische Richtungen

Zunächst einige Erklärungen zu der andersartigen Verwendung einiger Begriffe in der amerikanischen Literatur:

Im amerikanischen Sprachgebrauch wird meist nicht zwischen Stammeln und

Stottern unterschieden. "Stuttering" und "Stammering promiscue" werden im allgemeinen synonym für "Stottern" gebraucht. Nur bei Autoren europäischer Herkunft wird unterschieden zwischen "stuttering" = Stottern und "stammering" = Stammelnen.

Der Begriff "Stottern" wird von einigen Autoren sehr zurückhaltend verwendet, so von van Riper ⁽³⁸⁾ erst, wenn der Sprachbehinderte sozial auffällig wird. Zur Kennzeichnung der verschiedenen Phasen bei der Entwicklung des Stotterns, zur Stadieneinteilung also, werden folgende Bezeichnungen verwendet: Der Zustand einer physiologischen Sprechunsicherheit, in der deutschsprachigen Literatur gewöhnlich als "physiologisches Stottern", wird amerikanisch meist mit "non-fluency" bezeichnet.

+ Das sogenannte "Entwicklungsstottern", von Fröschels, + Hoepfner und Wiesenhütter als fortbestehendes physiologisches Stottern über das normale Alter von etwa 5 Jahren hinaus beschrieben, wird in der amerikanischen Literatur in zwei Stadien unterteilt, in das "Primärstottern", als ein Stadium nur kurzer Dauer, weitgehender Symptomgleichheit mit dem des "nonfluency", völliger Unbewußtheit der Störung, guter Heilungschancen, aber im Unterschied zum "nonfluency" seltener Selbstheilung - und in das "Übergangsstottern", als ein Stadium des beginnenden Bewußtwerdens und heftigen Widerstandes gegen die Störung, der häufiger werden Wiederholungen und Blockierungen, des Hinzukommens von Tremor als Folge der angestrengten und verkrampften Artikulationsstellungen sowie von Unsicherheit und dem Gefühl des Versagens, ein Stadium, in dem symptomfreie Zeiten mit solchen starker Störungen abwechseln.

Das Stadium der endgültigen Manifestierung wird als "Sekundärstottern" bezeichnet. Als Kennzeichen werden angeführt: die nunmehr voll ausgeprägte Bewußtheit des Leidens, das Angehen des Fehlers durch Überkompensation, welche zur Verkrampfung der Sprech- und Körpermotorik führt, die Kettenreaktion: Furcht - Spannung - neues Stottern - Panikgefühl, Enttäuschung, Selbstverachtung, das Entstehen von Erwartungsangst vor gefürchteten Situationen, Lauten, Wörtern, Redeeinheiten und, dadurch bedingt, ein innerseelischer Konflikt mit den gegenläufigen Tendenzen, einerseits sich sprachlich äußern zu wollen bzw. zu müssen, andererseits aus Angst vor Versagen lieber schweigen zu wollen, ++ mit der Folge

+ Anmerk. : Fröschels, als nach Amerika ausgewandelter Forscher europäischer Herkunft, wurde unter den deutschsprachigen Richtungen abgehandelt.

++ Anmerk. : Diese Ambivalenz wird auch von europäischen Autoren, z.B. von Schneider ⁽⁴²⁾, beschrieben, aber tiefenpsychologisch und verursachend für das Stottern gedeutet.

eines verstärkten Stotterns, der Herausbildung von ausgeprägten klonischen und tonischen Formen, Mitbewegungen, Ticks, Grimmassierungen und grotesken Verrenkungen, schließlich die Benutzung charakteristischer Tricks zur Umgehung der Schwierigkeiten beim Sprechen wie die Meidung von "schwierigen" Worten und Lauten, das Aufschieben des Sprechanfanges durch Verlegenheitslaute und -bewegungen, die Verwendung von sogenannten "starters", wie tiefes Einatmen, Japsen o.ä. zur Erleichterung des Einsatzes, die Gliederung des Redeblockes in willkürliche Einzelteile mit jedesmalig neuer Atmung und Phonation, das Ersetzen oder Ausfüllen der schwierigen Worte durch Synonyma oder Schweigen, die kompensierende äußere Haltung gegen die Furcht, wie Lachen, monotone Sprechweise, forsches Auftreten.

Nach der Beschreibung von Jussen (27) lassen sich drei Hauptrichtungen in der amerikanischen Literatur über das Stottern zusammenfassen, die sich - ein wenig verallgemeinernd - drei genannten Richtungen der Einteilung für die deutschsprachige Literatur zuordnen lassen.

1. Eine bevorzugt organische Richtung. Das Stottern wird als ein "negativ konditionierter Reflex" - so Eisenson nach Jussen - angesehen. Es resultiere aus der perseverierenden Erregung einer Reihe von Neuronen, diese "Perseverationstendenz" sei anlagebedingt. Dieser Richtung gehören nach Jussen u.a. Boland, Eisenson und Hill an.
2. Eine bevorzugt funktionell orientierte Richtung sieht die Ursache in der psychoneurotischen Konstitution, in einer emotionalen Fehlanpassung, in neurasthenischer oder hysterischer Konstitution, Angst- und Zwangszuständen. Dieser Richtung gehören nach Jussen u.a. Glauber, Murphy, Wyatt, van Riper und Sheehan an.
3. Eine bevorzugt anthropologisch orientierte Richtung, welche das Stottern als das Ergebnis einer Entwicklungsstörung durch Umwelteinflüsse, insbesondere überbesorgte, strenge und anspruchsvolle Eltern und Lehrer ansieht. Konstitutionell ist der Stotterer nach dieser Ansicht weder psychologisch noch organisch von Normalsprechenden zu unterscheiden. Jussen führt Bluemel, Johnson und Wendel als Vertreter dieser Richtung an.

Besonderes Gewicht legen viele amerikanische Autoren auf die Feststellung, wie stark die Menschen der Umwelt des Stotterers - wohl speziell in Amerika besonders die Mütter - mitbeteiligt sind an der Entstehung des Leidens. Johnson (26) spricht vom "diagnosogenetischen" Stottern und will damit zum Ausdruck bringen, daß

das eigentliche Stottern nicht vor, sondern nach der Diagnose und gerade durch diese entsteht. Er verweist dazu auf einen Bericht von Stewart ⁽⁵³⁾, der zwei nordamerikanische Indianerstämme vergleicht. Der eine sei tolerant in der Kindererziehung, es bestehe wenig Ehrgeiz im Vergleich der kindlichen Leistungen; diesem Stamme sei die Erscheinung des Stotterns gänzlich unbekannt, es gäbe gar keine Bezeichnung in seiner Sprache dafür. Der andere, im ganzen höher entwickelte Stamm, der Wert auf kindliche Leistung und auf einwandfreies Sprechen lege, kenne beides, Stotterer und die sprachliche Bezeichnung dafür. In diesem Sinne bezeichnet Johnson das Stottern als eine "Zivilisationskrankheit".

Van Riper ⁽³⁸⁾ nennt folgende Ursachen für die Entstehung des Entwicklungsstotterns:

1. Die Forcierung der normalen Sprechungeläufigkeit - "nonfluency" - durch die Eltern.
2. Eine geringe Toleranz und Anerkennung in der Familie, Schul- und Spielgemeinschaft.
3. Der Andrang von mehr Erlebnissen, als zu dieser Zeit sprachlich verarbeitet werden können.
4. Eine sprachliche Indisposition, die zu emotionellen Konflikten führt, die ihrerseits wiederum durch Druck von außen vertieft werden und auf die sprachliche Behinderung zurückwirken.

Moncur ⁽³⁴⁾ nennt einen Komplex von Umweltfaktoren, der das Stottern in auffälliger Häufigkeit begünstige. Elterliche Autoritätshandlungen - "dominating parental actions" - in den verschiedensten Variationen stellen danach die Hauptursache für die Entwicklung des Stotterns dar.

IV. GEBRÄUCHLICHE THERAPEUTISCHE VERFAHREN UND IHRE ABLEITUNG

Im folgenden Kapitel sollen, der Einteilung des Kapitels "Deutungen des Stotterns und seiner Pathogenese" folgend, die entsprechenden therapeutischen Verfahren andeutend beschrieben werden. Dabei ergeben sich zwei Schwierigkeiten:

1. leiten sich die meisten der heute gebräuchlichen Verfahren aus den Erkenntnissen oder Voraussetzungen von mehreren der im einzelnen angeführten Beobachtungen, Deutungen und Erklärungsversuchen der Pathogenese ab; d.h., es wird nur im Einzelfall in enger Anlehnung an eine der im letzten Kapitel beschriebenen Richtungen therapiert.
2. lassen sich nicht alle heute angewandten Verfahren ganz

zwanglos in dieses Schema einordnen.

Wenn nun trotzdem die Einteilung des letzten Kapitels aufrecht erhalten wird, so hat das 1. den Vorteil der größeren Übersichtlichkeit gegenüber einer bloßen Aneinanderreihung oder Einteilung nach neuen Gesichtspunkten und 2. verstehen sich so Herkunft und Ableitung der verschiedenen Methoden von selbst. +

Spezielle, in das vorgegebene Schema nicht einzuordnende Verfahren und übliche Kombinationen finden am Schluß des Kapitels Erwähnung.

Wieder sollen nach Möglichkeit am Beispiel moderner Autoren die jeweiligen Therapiearten stellvertretend für eine Richtung besonders berücksichtigt werden.

1. Vorwiegend organisch orientierte Richtungen

Ausgehend von der Annahme, daß das Stottern organisch verursacht oder doch mitbedingt und daß der Ort solcher Störungen im ZNS lokalisiert ist, werden zu seiner Beeinflussung neben allgemein roborierenden Maßnahmen wie Bädern, Massagen, Gymnastik, Heilschlafkuren eine medikamentöse Therapie - heute meist zur Unterstützung einer breiter basierten Behandlung - empfohlen.

Im einzelnen gibt Szalka⁽⁵⁴⁾ Sedativmittel mit Angriffspunkt in der Formatio reticularis und dem Hypothalamus an. Als besonders wirksam habe sich "Trioxasin" und, ähnlich dem "Rausedyl", aber ohne dessen Nebenwirkungen und besonders günstig zur Unterstützung, "Mydeton" erwiesen.

Schilling⁽⁴⁰⁾ rät grundsätzlich, eine Pharmakotherapie nur als Adjuvans einzusetzen. Er warnt vor der Gefahr einer Gewöhnung und der einer Unterstützung der neurotischen Konversionstendenz. Als Voraussetzung einer jeden medikamentösen Therapie betrachtet er die diagnostische Differenzierung nach internistischen, neu-

+ Anmerkng.: Dabei darf es nicht verwundern, wenn sich etwa ein und derselbe Autor und seine Thesen im letzten und in diesem Kapitel unter verschiedenen oder mehreren Unterabteilungen zugleich einreihen ließen. - Deutung und Erklärung der Pathogenese können im Einzelfall anders orientiert sein als der Aspekt für die Therapie. So kann z.B. das Stottern als rein organisch verursacht gedeutet, aber dennoch eine Therapie empfohlen werden mit zugleich somatischem und psychischem Angriffspunkt, d.h. auch (oder nur) mit psychotherapeutischen Maßnahmen.

rologischen und psychiatrischen Gesichtspunkten. Vor einer gezielten Anwendung bestimmter Pharmaka sei zu unterscheiden zwischen dem Typ des vagotonen, sympathikotonen und dem amphoteren Mischtyp unter den Stotterern.

Für die 1. Gruppe des vagotonen Typs empfiehlt Schilling Parasympathikolytika wie Atropin, "Homburg 680", "Belladenal retard", für die 2. sympathikotone Gruppe Sympathikolytika wie Ergotamin, für die 3. amphotere Gruppe "Bellergal", sowie spasmolytisch und sedativ wirksam "Esanin", als Basis für eine kausale (psychotherapeutische) und logopädische Therapie Sedativa ohne Beeinträchtigung der noetisch-geistigen Funktionen, Valeriana-Präparate, z.B. "Hovaletten", bei stärkerer nervöser Überreizung, Bromide, Barbiturate, wie "Calcibromat", bei gesteigerter hirnelektrischer Tätigkeit (EEG) und bei manifesten Krampfpotentialen Hydantoine, insbesondere "Apidan".

Auch bei der Verwendung von Psychopharmaka ist nach Schilling Zurückhaltung angebracht - durch die zunehmende Popularität liegt hier die Gefahr des Mißbrauchs noch näher. Zur gelegentlichen Anwendung werden aufgezählt: Neuroleptika (Phenothiazine, Reserpin), diese seien aber wegen der relativ starken Nebenerscheinungen der stationären Behandlung vorbehalten, Tranquilizer (Meprobamate, Librium), da von geringerer Wirkung und ohne Nebenwirkungen, für die ambulante Therapie geeignet, Phenothiazinderivate zur stationären Schlafbehandlung, "Megaphen" bei konfliktbedingtem, überwiegend tonischem Entwicklungsstottern, soweit keine EEG-Befunde vorliegen, "Truxal" bei psychomotorisch erregten Kindern oder zur Dauerschlaftherapie bei therapieresistenten Stotterern, "Omca" für die ambulante Therapie mit dem Vorteil einer niedrigeren und selteneren Dosierung, was die Gefahr der psychischen Fixierung verringert, schließlich "Cyrpon" bei ängstlich gespannten Stotterern.

Auf dem Boden der Reflexlehre von Pawlow stehend, gibt Maschka (33) eine Methode an, nach der das taktmäßige Armschwingen über die Enthemmung des motorischen Sprachzentrums eine Besserung des Stotterns bewirken soll. Zur theoretischen Ableitung zitiert er Pawlow: "Wenn ein neu hinzutretender Reiz auf einen positiv bedingten Reflex trifft, so hemmt er ihn, wirkt er aber auf einen negativ bedingten, so beseitigt er die Hemmung, er enthemmt ihn."

Da nun nach R. Leben, Potsdam, das Stottern eine pathologisch bedingte Hemmung - im Sinne von Pawlow ein "negativer, bedingter Reflex" - sei, welcher sich nach Schreckerlebnissen in der Kindheit ausgebildet habe, mit der Funktion eines passiven Schutzreflexes, der nach Art des positiven, bedingten Reflexes durch Koppelung an andere, unspezifische Reize und durch Irradiation = Reflexausbreitung erweitert worden sei, so daß alle ähnlich klingenden Laute wie beim ersten

"Schreckwort" eine Hemmung auslösen würden, ließen sich hier die Erkenntnisse der Reflexlehre einsetzen, wonach eine Hemmung, die auf eine andere trifft, eine Enthemmung hervorruft.

Maschka: "Die Hemmung der Sprachhemmung also soll dem Redefluß freie Bahn schaffen". Dazu sieht Maschka das taktmäßige Armschwingen während des Sprechens als geeignetes Mittel an und praktiziert diese Methode mit seinen Patienten. Ein ähnliches Verfahren wird in der amerikanischen Literatur von van Dantzig⁽⁷⁾ als "Syllable Tapping" beschrieben.

2. Vorwiegend funktionell (psychotherapeutisch) orientierte Richtungen

Fröschels⁽¹⁷⁾ geht davon aus, daß sich beim Stotterer eine Überzeugung von der Schwierigkeit der Aussprache bestimmter Laute, Silben und Worte an sich eingewurzelt habe. So stelle sich ihm - unterstützt durch die die Sprache analysierenden Schulsysteme, nach denen ein Satz als Summe von Worten, diese als Summe von Silben, diese wiederum von Lauten erscheine und die Trennbarkeit der Buchstaben entsprechend der Schreibweise lehre - schließlich ein Gedanke nicht mehr als Einheit dar, sondern als Summe von unverbundenen Worten, Silben und Lauten. Weil also der Stotterer eine falsche Vorstellung vom Wesen des Sprechens entwickelt habe, sei es Aufgabe der Therapie, das natürliche System über den bewußten Verstand zu erklären.

Deshalb stellt Fröschels an den Anfang einer jeden weiteren Therapie eine Aufklärung über das Wesen der Sprache als einer fließenden Einheit genau wie die Handlung, die auch künstlich in eine Summe von Teilbewegungen analysiert werden kann. Es kommt ihm darauf an, dem Stotterer klar zu machen, daß die Sprache das Ziel hat, Gedanken als Einheit darzustellen, nicht als Summe von Teilen. Es dürfe nicht an Worte, Silben, Laute gedacht werden.

Ausgehend von der Ansicht, daß die Bewegungen beim Kauen, Schlucken und Saugen als phylo- und ontogenetische Grundlage der Artikulation vorausgehen, daß ferner die Sprech- und Kaubewegungen identisch sind und primitive Völkerstämme ihr Mal bei konstanter Stimmproduktion kauen - eine Theorie der Sprachentstehung - leitet Fröschels⁽²⁰⁾ seine Kau- und Ateßmethode ab. Danach wird den Patienten das Sprechen als ein Kauen mit langem, stimmhaftem Seufzer der Zufriedenheit erklärt. Zuerst wird das Kauen mit geschlossenem, dann mit geöffnetem Mund unter Zungenbewegung und Stimmproduktion geübt. Allmählich sollen die Sprechlaute als mühelos hervorkommend erlebt werden, bis schließlich das normale Sprechen unter Kauvorstellung eingeübt wird.

Diese Methode zeigt nach Fröschels die Leichtigkeit des Sprechvorgangs und erzielt Erfolge in kürzester Zeit. Die Psychoanalyse wie auch jede andere Art von Psychotherapie versagen nach Fröschels fast ausnahmslos. Nur bei erfolgloser Sprachbehandlung sei einmal eine Analyse angebracht, welche aber nur mit den Sprechübungen gemeinsam ausgeführt werden dürfe. In keinem Fall dürfe bei erforderlicher analytischer Therapie beim Patienten der Verdacht aufkommen, daß sein Stottern mit den zu Tage kommenden Komplexen zusammenhängt.

Eine entsprechende Methode, von Orthmann ⁽³⁶⁾ für den deutschen Sprachraum beschrieben, sei etwas detaillierter dargestellt. Es handelt sich um Kurzzeitübungen nach dem Prinzip der Fröschelschen Kaumethode, die 20 mal täglich durchgeführt werden. Die Übungen umfassen folgende Glieder: 3 - 5 Sekunden Kauen mit Kaugut, stimmlos, stimmhaft - stimmhaftes Leerkauen bei Spannungshaltung - Modifizierung des Kaustimmklanges durch vokalische Färbungen - Artikulieren von Logotomen und Wörtern unter Einhaltung von Stimmklang, Artikulationsbewegung und Körpergefühl während der Kaustimme - Spontansprache unter Einschaltung von Erinnerungssilben in Kauphonation zur Verge-
wässerung des richtigen "Stimmsitzes".

Schultz ⁽⁴⁴⁾ sagt über die Anwendung seines Autogenen Trainings bei der Therapie des Stotterns: "Auch in den schwierigen Gebieten des Stotterns, einem Syndrom gänzlich verschiedener Grundlegung von kindheitserworbenen Hirn-Organ-Defekten bis zur situativen Angstneurose hinüber, kann je nach Lage des Falles die autogene Arbeit sehr dienlich sein. Die Therapie ist besonders gegen Situations- und Sprechangst auszurichten." Schultz empfiehlt dazu die Aneignung von formelhaften Vorsatzbildungen wie: "Sprechen ist ganz gleichgültig", "Ich atme die Worte aus."

Die Erfolgsabsicht des Autogenen Trainings nach Schultz ⁽⁴⁵⁾ läßt sich in diesem Zusammenhang in drei Punkten zusammenfassen:

1. Der Ausgleich von Störungen des vegetativen Gleichgewichtes, die Vermittlung von Ruhe-, Harmonie- und Sicherungserlebnissen sowie das Erreichen einer gelösten Aufnahmebereitschaft für die weitere Therapie.
2. Eine gezielte partielle Entspannung der Atem-, Atemhilfs- sowie der unmittelbar und mittelbar beim Sprechen beteiligten Muskulatur.
3. Die Erarbeitung von formelhaften Vorsatzbildungen, nachdem ein hypnoider Zustand jederzeit erreichbar ist. Es kommt dabei zu einer Assimilierung der nach Art eines bedingten Reflexes unter gleichförmigen Bedingungen eingeschliffenen Merksätze. Die Formeln sollen positiv gerichtet und als Appell an die innere Bildwelt zu verstehen sein.

Fernau-Horn (11), die das Stottern in kern- und randneurotische Formen unterteilt, geht von Schultz aus und weist die Behandlung der kernneurotischen Form der Tiefenpsychologie zu. Für die randneurotische Form, der sie 80 - 90 % aller Stotterer zuordnet, hat sie das "Ablauftraining" entwickelt. Der Therapieplan ist dabei der Pathogenese, die Fernau-Horn als einen Circulus vitiosus, einen Hemmungszirkel mit ineinandergreifenden Sperrmechanismen erklärt, kongruent angepaßt, indem er den einzelnen Stationen dieses Hemmungszirkels folgt. Bestanden die einzelnen Glieder des Hemmungszirkels in:

1. Gemütsregung (Angst, Schock)
2. Atemhemmung
3. Tonhemmung
4. Sprechhemmung
5. Vorstellung (Erlebnis) der Hemmung

mit der Überleitung wieder zum 1. Glied usw., so sind die des Ablaufzirkels entsprechend:

1. Gemütsruhe (Gelassenheit, Zuversicht)
2. Atemablauf
3. Tonablauf
4. Sprechablauf
5. Erlebnis (Vorstellung) des geglückten Ablaufs

mit der Überleitung wieder zum 1. Glied usw.

Im einzelnen gibt Fernau-Horn zur Einübung dieses Zirkels folgende Richtlinien: zu 1: Der Patient soll zuerst beruhigt und unter Hinweis auf erfolgreich therapierte Leidensgenossen ermutigt werden. Im Zusammenhang mit dem Ziel, Ruhe, Entspannung und Gelassenheit zu erreichen, wird das Autogene Training eingeübt und variiert.

zu 2: Der Atemablauf wird durch indirektes Vorgehen über einfaches Seufzenlassen und nach Beherrschung der Bauchatmung über Atemübungen bei bildhaften Vorstellungen vom Heben und Senken eines Bootes von den Wellen des Meeres wieder normalisiert. Der Patient soll sich einbilden, er liege in diesem Boot und werde passiv wie harmonisch getragen, von den Wellen gehoben und gesenkt. In Analogie zu diesem Bild soll er sich zwanglos der automatisch ablaufenden Atemwelle überlassen und das Wellenrauschen ausatmend zwanglos mit zischendem "Sch-Laut" imitieren. Läuft die Ruheatmung als bevorzugte Zwerchfellatmung gleichmäßig ab, übt Fernau-Horn die Sprechatmung, wieder unter Vorsprechen bildhafter Erlebnis-inhalte - gleichmäßig anrollende Wellen, die sich der Patient vorstellen soll, während er in der Phantasie am Strande steht. Die Stufen der Schwere und Wärme des Autogenen Trainings lassen sich so auch von Kindern erleben, die für die Vergegenwärtigung der üblichen Formeln noch nicht reif sind.

Als nächstes wird die Stufe des "Ablauflebnisses" erarbeitet. Zunächst wird dem Patienten, der mit geschlossenen Augen daliegt, die Formel: "Der Atem fließt wie die Welle --- sch," mehrere Male immer im Rhythmus seines Atems auf die Phase der Ausatmung vorgesprochen. Dann soll er mitsprechen und schließlich allein

zu 3: die Formel üben: "Der Ton fließt wie die Welle --- sch."

zu 4: die Formel: "Das Sprechen fließt wie die Welle."

zu 5: Nun wird das bewußte Ablaufgeschehen über Formeln wie:

"Ich höre, daß ich sprechen kann ---, ich fühle, daß ich sprechen kann ---, ich glaube, daß ich sprechen kann ---!" nicht nur suggeriert, sondern unmittelbar erlebt.

Fernau-Horn: "Das 'Es' ist es, das im Zustand der Versenkung den Ablauf vollzieht, das 'Ich' aber nimmt den Vollzug wahr. So folgt aus dem Zustand der Ruhe über den Atem-Ton-Sprechablauf das Erleben des sprachlichen Gelingens. Damit aber ist der Ablaufzirkel geschlossen."

Unter dem Bilde der Tropfsteinhöhle wird dem Patienten nun als nächster Schritt der Sinn des Formeltrainings, die Automatisierung des Ablaufvorganges nahegebracht. Die Formeln mit den verhallenden Worten entsprechen den in die Höhle - das Unterbewußtsein - fallenden Tropfen, der feste Bestandteil im Tropfen - der Kalk - entspricht dem sich niederschlagenden Gehalt an Sprechsicherheit, welcher stets wächst und fester wird.

Über Mitsprechen, Nachsprechen im Liegen und Stehen, über das Sprechen auswendig gelernter Gedichte, Lesen und Freisprechen wird der mechanische Ablauf gefestigt. Bei eintretenden Stockungen wird der Patient dazu angehalten, loszulassen - wieder unter entsprechenden Bildern und mit Hilfe der Formeln und Ausatemungshilfen auf "sch" -. Er soll nicht pressen und durchdrücken, sondern loslassen und ausatmen und erst auf einen neuen Atemanhub und unter Vergegenwärtigung des Ablaufs neu einsetzen.

Die letzten therapeutischen Anläufe gelten schließlich dem Sprachausdruck. Wurde bisher die Kontinuität des Sprachablaufs erarbeitet, so kommt jetzt als 2. Komponente die Polarität hinzu. Das leise, farblose und eintönige Sprechen des um Unauffälligkeit bemühten Stotterers soll überführt werden in eine lebendige, akzentuierte und melodische Sprache. Dabei wird die Sprachausdrucksschulung erweitert durch eine allgemeine Ausdrucksschulung im Sinne einer Bewegungstherapie.

Fernau-Horn zu ihrem Behandlungserfolg: "Ich kann aus meiner langen Erfahrung heraus versichern, daß man auf diesem Wege konsequenten Ablauftrainings

auch Stotterer mit den größten Hemmungen, mit Mitbewegungen und Grimassieren zur Heilung führen kann, vorausgesetzt, daß der Patient mit Verständnis, Geduld und Ausdauer an sich arbeitet und keine schweren seelischen Konflikte oder Belastungen im Wege stehen."

3. Organisch-funktionell orientierte Richtungen

Gutzmann (23) beschreibt entsprechend der Auffassung des Stotterns als eine Koordinationsneurose für die Therapie den Weg einer rationellen Einübung der Sprechfähigkeit. Der Weg führt über Atemübungen - kurzes, unhörbares Einatmen, langsames hauchendes Ausatmen - in Kombination mit gesamtkörperlichen Übungen, über Phonationsübungen - Hauchen, Flüstern, normale Tongebung, Einüben der Vokale, - weiter über Artikulationsübungen - Aussprache der einzelnen Konsonanten, zur Kontrolle der Bewegungen vor dem Spiegel - schließlich zu Übungen der Rede im Vorlesen, Deklamieren, Erzählen und zur Gewöhnung an gesellschaftliche Umgebung.

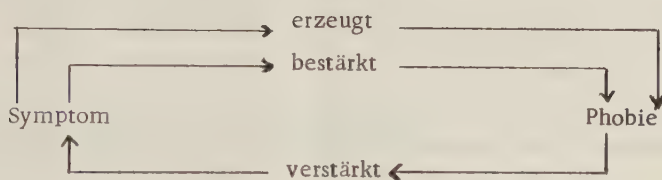
Liebmann (31) und besonders Appelt (1) wenden sich strikt gegen solche rationell betonten Übungen mit der Begründung, daß solche Laut- und Sprechübungen die Aufmerksamkeit von den natürlichen Sprech- auf die Übungsbewegungen verlagern, allenfalls suggestiv wirken, keinesfalls aber zur Herstellung innerer und äußerer Entspannung führen könnten.

Frankl (13) gibt allgemein für angstneurotische Krankheitsbilder mit somatischen Symptomen, welche Erwartungsangst auslösen, die ihrerseits das Symptom verstärken, eine "Somatopsychische Simultantherapie" an. Den Mechanismus der Erwartungsangst, wie er auch beim Stottern wirkt, schildert er mit folgenden Worten:

"Wie dem unvoreingenommenen Kliniker bekannt ist, ist die Erwartungsangst nicht selten das eigentliche Pathogene innerhalb der Neurosenätiologie und zwar so, daß sie ein an sich flüchtiges und insofern harmloses Symptom fixiert, indem sie die Aufmerksamkeit des Patienten um dieses Symptom focal zentriert. Der sogenannte Mechanismus der Erwartungsangst ist dem Praktiker geläufig: Das Symptom erzeugt eine entsprechende Phobie, die entsprechende Phobie verstärkt das Symptom, und das solcherart verstärkte Symptom bestärkt den Patienten nur noch mehr in seiner Befürchtung einer Wiederkehr des Symptoms. In den Teufelskreis +, der sich

⁺ Anmerkng.: Vergleiche die Pathogenese des Stotterns nach Fernau-Horn und den von ihr beschriebenen "Hemmungszirkel" !

da schließt, schließt sich der Patient ein; er spinnt sich in ihn ein - wie in einen Kokon."



Der entsprechende Therapiehinweis von Frankl ⁽¹⁴⁾:

"Sobald nun ein Patient in diesen Teufelskreis der Erwartungsangst einmal hineingeschlittert ist, ... empfehle ich, diesen Teufelskreis womöglich gleichzeitig sowohl an seinem somatischen als auch an seinem psychischen Pol zu unterbrechen. Auf diese Art und Weise wird der neurotische Zirkel in eine therapeutische Zange genommen."

"Unsere Therapie hat dann gleichzeitig am somatischen und psychischen Pol dieses Zirkelgeschehens den Hebel anzusetzen. Ersteres geschieht nun sinngemäß durch die Tranquilizer, und zwar schon deshalb, weil der Fortschritt, den diese Präparate bedeuten, ja gerade darin zu sehen ist, daß sie einer Simultanpsychotherapie so ganz und gar keine Hindernisse in den Weg legen, insofern nämlich nicht, als sie - im Gegensatz zu den Barbituraten - die Vigilität des Patienten nicht im geringsten mitaffizieren - eine Vigilität, die ja Bedingung und Voraussetzung jeder differenzierten psychotherapeutischen Maßnahme ist."

Dazu kommt aber noch etwas anderes: vielfach handelt es sich um Fälle von mehr oder weniger akuter Angstneurose, wie Prüfungsangst und Lampenfieber, und in solchen Fällen sind dem Patienten Leistungen abverlangt, zu deren Bewältigung er der vollauf erhaltenen Vigilität in eminentem Maße bedarf." - Eben das gilt auch für die Sprechsituation des Stotterers. -

"... Fälle also, deren Angstneurose aus aktuellen Anlässen resultiert, dafür aber auch eine nur um so dringlichere Therapie erfordert, allein um welcher Dringlichkeit willen sich bereits die Kombination simultan somatischen und psychischen Vorgehens empfehlen würde."

Was nun letzteres anlangt, ist es in Fällen von Erwartungsangst angezeigt, die Medikation von Tranquilizern zu kombinieren mit der von mir eingeführten para-

doxen Intention. In deren Rahmen wird der Patient angewiesen, sich gerade dasjenige, wovor er sich bis dahin so sehr gefürchtet hatte, wenn auch selbstverständlich nur für Augenblicke, zu wünschen und vorzunehmen; "heute geh' ich einmal aus, um mich vom Schlag treffen zu lassen," muß sich beispielsweise ein Patient sagen, der an einer Agoraphobie leidet.

Auf diese Art und Weise wird nämlich der Angst schließlich der Wind aus den Segeln genommen! Der therapeutische Effekt der paradoxen Intention steht oder fällt damit, daß der Arzt auch den Mut hat, dem Patienten ihre Handhabung vorzuspielen. ... Zunächst wird der Patient lächeln; dann wird er es aber auch tun müssen, sobald er die paradoxe Intention in der konkreten Situation eines Angst-anfalles anwendet, und schließlich wird er es lernen, seiner Angst ins Gesicht zu lachen und sich solcherart von ihr immer mehr zu distanzieren."

Frankl geht bei seiner paradoxen Intention von der Beobachtung aus, daß Gewohnheiten durch bewußte Aufmerksamkeit auf alle Einzelheiten abgebaut werden können. Was sich in der Parabel vom Tausendfüßler negativ auswirkt, der gefragt nach der Reihenfolge des Gebrauches seiner Füße beim Gehen, sich nun beobachtet und als Folge davon überhaupt nicht mehr fortbewegen kann, macht sich die Therapie in positiver Richtung zunutze, indem sie auf diese Weise Fehlhaltungen abbaut. - Frankl berichtet von einem seiner Stotterer-Patienten, der nach eigener Erzählung ein einziges Mal in seinem Leben nicht stotterte, ja, nicht stottern konnte; als er als "Schwarzfahrer" in der Straßenbahn erwischt wurde und sich dabei vornahm, durch besonders starkes Stottern Mitleid zu erregen und so den Schaffner zur Milde zu stimmen. Unter zahlreichen mit paradoxer Intention erfolgreich behandelten Fällen berichtet Frankl von einem Stotterer, der, auf "b" und "p" stotternd, zunächst durch die Erzählung von geheilten Stotterfällen aus der tiefen Verslossenheit seiner Annahme befreit worden sei, es sei ihm nicht mehr zu helfen. Dann habe der Patient nach zögernd aufgegebenen Widerstand den Satz geübt: "Wie, ich habe Angst, ich könnte vor b und p stottern, nun, heute stottere ich das ganze Alphabet hindurch!" und sei dadurch geheilt worden. Im übrigen hält Frankl seine Stotter-Patienten dazu an, ihre Aufmerksamkeit lediglich auf das "Was" und nicht auf das "Wie" der Rede zu lenken.

Andere mehr oder weniger von organischer oder funktioneller Ursachendeutung abgeleitete, meist psychotherapeutisch wirkende Verfahren, wie sie in verschiedenen Kombinationen und in Verbindung mit einzelnen der detaillierter beschriebenen Methoden angewandt werden, finden am Schluß dieses Kapitels Erwähnung.

4. Vorwiegend psychoanalytisch orientierte Richtungen

Während Freud ⁽¹⁵⁾ selbst die Anwendung der Psychoanalyse in Bezug auf das Stottern nicht für erfolgreich hält, sieht sein Schüler Stekel ⁽⁵²⁾ darin eine geeignete Therapie, soweit es sich um Fälle sogenannten "traumatischen" oder "hysterischen" Stotterns handele. - Für solche Fälle wird das Symptom als Verdrängung von bestimmten Teilen der Rede aus Angst vor Verrat eines Geheimnisses gedeutet. - Bei solchen Patienten ließen sich Erfolge durch eine analytische und psychokathartische Therapie erzielen.

Entsprechend seiner weitgehend tiefenpsychologisch orientierten Deutung des Stotterns und seiner Pathogenese gibt auch E. Schneider ⁽⁴²⁾ für die Therapie solche Methoden an, welche das Ziel haben, die dem Stottern zugrunde liegenden Konflikte zum Bewußtsein zu bringen - Psychoanalytische Einfallsverfahren nach Freud. Im einzelnen nennt er: das freie Gespräch, die Anregung zu zwanglosem Erinnern, welches allerdings durch Verdrängung als Ausdruck der Sicherungstendenz erschwert sei und deshalb durch Traumerzählen, Phantasieschilderungen, Malen, Schreiben, Modellieren und bei kleineren Kindern durch Sceno-Test - wie Kasperletheaterspiel zur Auflockerung des Verdrängungswiderstandes zu ergänzen sei.

Die Prognose beurteilt Schneider um so günstiger, je geringer die Belastung durch die Anlage ist, je weniger weit die Wurzeln in die frühe Kindheit zurückreichen und je nach Ansprechen auf die Behandlung und die Ausprägung der Bildsamkeit.

In Kombination mit tiefenpsychologisch gerichteter Hypnose und Autogenem Training empfiehlt auch von Staabs ⁽⁴⁹⁾ die psychoanalytische Anwendung des Sceno-Testspieles zur Freilegung des tiefenpsychologischen Hintergrundes mit diagnostischem und zugleich therapeutischem Ziel bei gleichzeitig vorsichtiger Besprechung und Auseinandersetzung mit dem Konfliktstoff zu seiner Aufarbeitung.

5. Vorwiegend individualpsychologisch orientierte Richtungen

Ferenbach ⁽¹⁰⁾, deren Interpretation des Stotterns sich von der Individualpsychologie herleitet, faßt in Anlehnung an Wexberg ⁽⁵⁶⁾ zwei Gruppen von Stotternern zusammen:

Die erste Gruppe, bei der Gemeinschafts- und Hingabewilligkeit unterentwickelt sind, benutzt das Leiden, um sich den Anforderungen der Gemeinschaft

zu entziehen.

Die zweite Gruppe, bei der Selbstbehauptung und Hingabefähigkeit unterentwickelt sind, flieht in die Krankheit, weil das Schwächegefühl vor den Ansprüchen der Gemeinschaft zu groß ist.

Die richtige Therapie sei nun für jede der beiden Gruppen verschieden. Für die 1. Gruppe bestehe die Gefahr falscher Aufmerksamkeit, die hier als vergrößerte Aufmerksamkeit geschätzt dazu führe, das Stottern als Druckmittel zur Erzwingung von Zuwendung beizubehalten. Ziel der Therapie sei hier die moralische Willensbildung die Schranken zwischen sich und der Gemeinschaft niederreißen zu wollen, Eingliederung in die Gemeinschaft, Aufgabe der egoistischen Sonderrechte. Dabei sei Vorsicht bei direktem Appell an den Willen geboten, da dieser häufig mit einem Scheinwillen unter dem Bilde überzeugender Grimassen und Mitbewegungen beantwortet werde.

Für die 2. Gruppe, der an die Gemeinschaft Hingabeunfähigen, bestehe die Gefahr, daß die Aufforderung, sich zusammenzunehmen und richtig zu sprechen, mit einem neuen Gefühl des Versagens, mit um so größerer Sprechfurcht beantwortet werde. Hier sei zunächst eine Stärkung des Selbstbewußtseins angebracht. Dann müsse eine schrittweise Ermutigung bis zur Aufnahme von sprachlichen Beziehungen zur Umwelt folgen.

Allgemein führt Ferenbach eine Sprecherziehung zur Stotterertherapie an, wonach die Erziehung zum Sprechen als mittelbare Umerziehung der Persönlichkeit dient, zum Sprechen als einer untrennbaren Einheit körperlicher, geistiger und seelischer Vorgänge, welche beim Stotterer schwer gestört sei. Diese Einheit wiederherzustellen, sei die erste Aufgabe der Sprecherziehung - keine isolierte Technik, kein mechanischer Drill. Dabei müsse dem Patienten wieder zum Hören können, zum Erlebnis des freien Klanges der Stimme verholfen werden anstelle der krankhaften Bewegungsbeobachtung.

6. Vorwiegend anthropologisch orientierte Richtungen

Wiesenhütter ⁽⁵⁷⁾ empfiehlt in Anlehnung an seine anthropologisch orientierte Herleitung der Pathogenese des Stotterns entsprechend allgemeindere und breitgestreute Therapieverfahren mit dem Ziel der Rückführung in die Gemeinschaft, in ein tragendes mitmenschliches Dasein, der Erweckung des Eigengefühls und -erlebens. Folgende Maßnahmen gibt er an: Milieuänderung, gymnastische Übungen, Atemübungen unter besonderer Berücksichtigung der Bauchatmung, fraktionierte Aktivhypnose nach Kretschmer, Autogenes Training nach Schultz, individuell

auch analytische oder hypnotisch-kathartische Methoden sowie Umerziehung zur Hingabe an die Gemeinschaft, zur Freudebereitschaft und schließlich zur Annahme des Leidens.

Ähnlich umreißt Florsdorf (12) entsprechend seiner Auffassung vom Stottern als Ausdruck einer bewußt erlebten Ich-Behauptungsschwäche die Ziele bzw. Wege der Therapie: - ausgehend von der Kenntnis der konstitutionellen, charakterologischen und milieubedingten Zusammenhänge - Hebung des Selbstgefühles, Verselbständigung, Beeinflussung der Umgebung, Erziehungsberatung, psychagogische, spieltherapeutische und sprachheilpädagogische Betreuung, dazu aktiv entspannende, heilgymnastisch rhythmisierende, atemtechnische Übungen, diese nicht auf das Sprechzimmer beschränkt, sondern in Ausdehnung auf Gruppentherapie, in Sportvereinen und anderer geselliger Umgebung.

Der Therapeut sollte nach Florsdorf nach Möglichkeit von männlichem Geschlecht sein zur Korrektur des meist verzerrten Vater- und Autoritätsbildes.

7. Amerikanische Richtungen

Wieder in Anlehnung an Jussen (27) seien die hauptsächlich in Amerika angewandten Verfahren nach Richtungen getrennt angeführt. Bei einem Vergleich mit der deutschsprachigen Literatur ergeben sich dabei keine wesentlich neuen Gesichtspunkte, wohl aber verschiedene Akzentsetzungen. Für die verschiedenen Stadien zunehmender Manifestierung des Stotterns werden jeweilig angepaßte therapeutische Maßnahmen angegeben.

So werden als Therapie für das erste Stadium in der Manifestierung, das dem physiologischen "nonfluency" folgende Primärstottern, von der mehr organisch orientierten Richtung medikamentöse Ruhigstellung und Vitamingaben genannt.

Von der mehr funktionell orientierten Richtung werden als indirekte Verfahren Spieltherapie, einzeln und in Gruppen bis hin zum improvisierten Theaterspiel mit Katharsiseffekt, rhythmische Übungen und entspannende Maßnahmen vorgeschlagen. Der Lebenskreis des Kindes soll erkannt und saniert werden. Dazu gehört die Fernhaltung solcher Personen, die das Kind durch zu hohe Anforderungen, strenge Strafen oder Verweise sowie Lächerlichmachen ungünstig beeinflussen. - Glauber empfiehlt gleichzeitige Psychotherapie der Mutter und deren Stellvertreter. -

Nach Wyatt (60) muß in der sogenannten "closeness therapy", der Therapie der Nähe, wieder auf einen früheren engeren Kontakt mit der Mutter zurückgegangen werden. Die Mutter müsse das Kind nach Zurückgehen auf diesen körperlich-seelischen Kontakt, auf eine präverbale Stufe wieder regelrecht mit kurzen Sätzen, der frühkindlichen Sprachform entsprechend, "füttern". Wo der enge Mutterkontakt nicht mehr möglich sei, müsse ein Ersatz durch den Vater, Verwandte oder durch den Therapeuten gefunden werden. Eine direkte Sprachheilbehandlung auf dieser Stufe wird abgelehnt.

Von der mehr anthropologisch orientierten Richtung werden Ablenkung vom Sprechvorgang, gute sprachliche Vorbilder und das Anbieten vieler Sprechreize vorgeschlagen.

Für das folgende Stadium, das Übergangsstottern, wird übereinstimmend von den drei genannten Richtungen erst jetzt die behutsame Anwendung einer direkten Sprachheilbehandlung gefordert. Dabei wird ein rückläufiger Weg über das Primärstottern zurück zum Verhalten des "nonfluency" angestrebt, bewußt eingeübt und eingeschliffen: das leicht, mühelose Wiederholen und das geduldige Abwarten bei Stockungen und Verzögerungen im Sprechablauf. Weiter sollen die schädigenden Umwelteinflüsse nach Möglichkeit ausgeschaltet werden.

Für das Stadium des Sekundärstotterns, der völligen Manifestierung und des vollen Bewußtseins von der Sprachstörung werden von der Gruppe der vorwiegend organisch orientierten Autoren folgende Methoden in Kombination von psychotherapeutischer und symptomatischer Behandlung genannt:

1. Die sogenannte "negative practice" - negative Praxis - nach Johnson (26) wobei der Patient in Parallele zu Frankls paradoxer Intention dazu aufgefordert wird, sich unter Selbstkontrolle zu imitieren. Wenn möglich, sollen solche Übungen zu zweit und vor einem Spiegel in der Weise ausgeführt werden, daß der eine den andern nachahmt, dabei übertreibt und auch seine eigenen Symptome in allen Einzelheiten gravierend darstellt. Mit der Fähigkeit, in beliebiger Weise willkürlich stottern zu können, ließen sich die Spasmen, die nun keine mehr seien, wie auch die anderen Symptome graduell abbauen.

2. Eine Variation dazu ist die "differenzierte Entspannung" nach Domnick (8), bei der ein bestimmter Laut immer straffer und härter artikuliert wird, bis sich die Anstrengung nicht mehr steigern läßt. Es trete dann ein Abklingen der Spannung ein, bis sich der Laut mit geringerem Kraftaufwand aussprechen lasse. Eine solche Adaption soll auch nach van Riper (39) durch mehrmaliges Lesen und Schrei-

ben eines zunächst Schwierigkeiten bereitenden Wortes oder Lautes erreicht werden, bis die Spannungen durch die natürliche Ermüdung fortfallen und die Aussprache gelingt. Bei dieser und ähnlichen Übungen wird gleichzeitig die Sprechgeschwindigkeit kontrolliert und neu eingeübt - normalerweise ein wenig langsamer als der Stotterer für richtig hält.

+ 3. Die "Kau- und Atemmeßmethode" nach Fröschels. +

4. Die Methode des "syllable tapping" nach van Dantzig (7). Wie die Methode des rhythmischen Armschwings beim Sprechen von Maschka (33) - vergl. unter Abschn. 1 dieses Kapitels! - steht auch diese Therapie auf dem Boden der Reflexlehre. Es handelt sich um eine Entspannungsübung, wobei die Aussprache einer jeden Silbe durch ein Fingertippen auf den Tisch, immer mit derselben Hand und im selben Ablauf - Reihenfolge der Finger und Art des Tippens betreffend - begleitet und bei Spasmus alle Finger gleichzeitig auf den Tisch gedrückt werden sollen. So würden schließlich die Spasmen in die Hand abgeleitet und nach Automatisierung der Übung brauche diese nicht mehr ausgeführt zu werden. Die Vorstellung solcher Bewegungen genüge dann, um die Impulse in die Hand zu leiten.

Von den mehr funktionell (psychotherapeutisch) orientierten Autoren wird neben der "negative practice" nach Johnson eine Integration von Sprechübungs- und Psychotherapie befürwortet. Die Sprachheilbehandlung wird auch dort als unbedingt erforderlich angesehen, wo das Stottern als eindeutig auf neurotischer Ebene entstanden verstanden wird - so Sheehan (48). Der Hebel der Therapie müsse zunächst bei den Symptomen angesetzt, dann erst dürfe allmählich auf die Ursache zurückgegangen werden. Der Stotterer soll zunächst erkennen und erleben, daß er sprechen kann, und dann aus dieser Einsicht heraus die Angst stufenweise abbauen lernen - in Parallele zum "Ablauerlebnis" bei Fernau-Horn.

Der fruchtbare Augenblick liegt nach Sheehan unmittelbar nach dem Zeitpunkt, in dem sich der Tonus löst. In diesem Augenblick ist nach Sheehans "Konflikttheorie" die Tendenz zu sprechen stärker als die, zu schweigen. Besondere

+ Anmerkng.: Nochmals sei darauf hingewiesen, daß Fröschels als nach Amerika ausgewandelter Europäer unter den deutschsprachigen Autoren angeführt wurde. Die "Kau- und Atemmeßmethode" wurde unter Abschnitt 2 dieses Kapitels beschrieben.

Bedeutung mißt Sheehan den Widerständen gegen die Heilung zu. ⁺ Da das Kind das Symptom als Schutzfunktion anzusehen gelernt habe, um über unerwünschte Situationen hinwegzukommen, müßten diese bald nach anfänglichen Sprecherfolgen sich einstellenden geheimen Widerstände aufgedeckt und angegangen werden. Diese Aufgabe sei schwieriger als die, den Stotterer zu lehren, sich als Sprachbehinderten zu akzeptieren. Es werden neben der "closeness therapy" weiterhin Spiele, rhythmische Übungen, Entspannungsübungen, schließlich die Bewährung des Stotterers bei wachsenden Belastungen - hinsichtlich der Sprechschwierigkeit und gesellschaftlicher Situationen - empfohlen.

Die Anhänger der anthropologisch orientierten Richtung lenken ihr Augenmerk mehr auf die Umwelt und die Aufdeckung der bei der Entstehung des Stotterns mitwirkenden Zusammenhänge. Umerziehung, Aktivierung des Willens wie auch "closeness therapy" werden zur Behandlung angegeben.

Zusammenfassend lassen sich drei Ansatzpunkte nennen, über die bei den meisten amerikanischen Forschern Einigkeit besteht:

1. Vermeidung von Verstärkungstendenzen durch Sicherung des Sprechablaufs nach van Riper (39).
 - a) Einübung einer leichten, mühelosen Artikulation
 - b) Verlängerung des Anlautes
 - c) Adaption durch wiederholtes Lesen und Sprechen des gleichen Textes
 - d) Kontrolle der Sprechgeschwindigkeit
2. Psychologische Sicherung des Sprechablaufs durch Angehen der Hemmungen durch eigene und Fremdbeobachtung
Dabei soll der Stotterer nach van Riper nicht dazu angehalten werden, seine Ängste und Hemmungen zu überwinden, sondern sie dazu einzusetzen, wie man lernt, in einer leichten, mühelosen Art zu stottern mit einem Minimum an Unterbrechung, einem Maximum an Regelmäßigkeit.
3. Erziehung des Stotterers zu einer neuen Persönlichkeit, die sich so annimmt, wie sie ist - nach Sheehan (48) durch:
 - a) Gewinnung einer positiven Einstellung zu sich selbst über Selbstanalyse

⁺ Anmerk. : Auch dieser Gesichtspunkt hat in der deutschsprachigen Literatur seine Parallelen. - Vergl. dazu die Gegenüberstellung von rand- und kernneurotischen Formen des Stotterns bei Fernau-Horn (Kap. III, Abschn. 2 Tabelle S. 13) und die Beschreibung des gegenüber der Gemeinschaft hingabeunwilligen Stotterer-Typs bei Ferenbach (Kap. III, Abschn. 5, S. 19)

mit Hilfe des Therapeuten.

- b) Koordinierung der Sprechweise mit der individuellen, psychischen und allgemein konstitutionellen Disposition des Stotterers
- c) Erziehung zu positiver Einstellung gegenüber der Umwelt über wachsende soziale Belastungen in der Gruppentherapie

Die Heilungschancen werden von den amerikanischen Autoren namentlich für erwachsene Stotterer im allgemeinen zurückhaltend beurteilt; statt von Heilungen im Sinne völliger Symptombefreiheit sprechen sie von der Möglichkeit, dem Stotterer zu einem lebenswerten Dasein mit befriedigendem Kontakt zu verhelfen.

8. Spezielle, zur Unterstützung der Therapie angewandte Methoden und Kombinationstherapie

Brankel (5) beschreibt den sogenannten "Lee-Effekt" als eine Einflußnahme auf den Sprechakt durch die Wirkung einer verzögerten Wiedergabe der eigenen Sprache. Die eigene Sprache wird dabei wie ein Echo mit verschieden langer, gleitend einstellbarer Verzögerungszeit zu Gehör gebracht. Die Verzögerungszeiten des gesprochenen Textes - auch in sich selbst, nicht nur die Zeitspanne bis zum Anfang der Wiederholung wie beim einfachen Echo - sind von 10 bis 480 Millisekunden zu regulieren. Das Gerät, ein Tonbandgerät mit unendlicher Bandschleife, bei dem die Aufnahme über einen feststehenden Sprechkopf, die Wiedergabe über einen verschiebbaren Abhörkopf und Kopfhörer erfolgt, arbeitet nach dem Prinzip der Rückkopplung.

Während nun der Lee-Effekt bei Normalsprechenden typische Beeinträchtigungen bewirke, wie Iterationen, Vertauschen oder Auslassen von Lauten, Silben, Wörtern, Umstellungen von Lauten und Wortfindungsstörungen, habe er eine umgekehrte Wirkung auf den Stotterer. Bei diesem komme es zur Aufhebung der Hemmungen, zum Rückgang der klonischen Iterationen, Spasmen, Atmungsstörungen und Mitbewegungen.

Als Begründung für diese Wirkung wird angegeben, daß dieser Effekt für den Stotterer eine akustische Führung bedeute und ihm die Notwendigkeit einer guten Artikulation wie die Regulierung von Stimme und Sprache bewußt mache. - Es wird bei verschiedenen Reaktionen der Stotterer von Erfolgen durch Anwendung des Lee-Effektes als Ergänzungstherapie berichtet.

Es liegt nahe, diese doch wohl nicht anhaltenden Erfolge der Wirkung der Aufmerksamkeitsablenkung von der eigenen Hörkontrolle und Selbstbeobachtung zuzuschreiben, ähnlich wie bei der Lärmtrommel nach Barany, einem kleinen in den Gehörgang einführbaren und aufziehbaren Instrument, welches ein schnarrendes Geräusch hervorbringt. Dazu Schilling (41): "... auch die Vertäubung der Ohren mit Lärmtrommel oder anderem Geräusch, die zur vorübergehenden Minderung der Symptome führen kann, ist keine Heilung."

Staps (50) berichtet von einer verschiedenartigen und erfolgreichen Anwendung des Tonbandgerätes besonders zum Zwecke der Zusammenstellung von Hörspielen in Sprachschulklassen und verweist auf eine weitere Arbeit von Ernst Trieglauff, "Das Hörspiel als Therapiehilfe".

Das Theaterspiel etwa in der Form dramatisierter Märchen mit freier Wahl oder bewußter Zuteilung der Rollen, wie es die Wiener Regisseurin Käthe Linck für schwer gehemmte, gemütskranke und speziell stotternde Kinder unter besonderer Berücksichtigung der Freisetzung verdrängter Aggressionen und der Überwindung von Hemmungen betreibt, ist ebenso wie die Musiktherapie etwa im Sinne des Orffschen Unterrichtswerkes sicher als ein wichtiges Mittel der Therapie anzusehen.

Als Bindeglied zwischen Gymnastik, Bewegungs-, Theaterspiel und Musiktherapie sowie gleichzeitig als Überhöhung dieser Komponenten sei noch die Eurythmie nach Rudolf Steiner genannt, wie sie in anthroposophischen Kreisen als Bühnenkunst wie als Erziehungs- und Heilmittel gepflegt wird. Dazu einige Zitate von Kirchner-Bockholt (28), einer anthroposophischen Ärztin am Klinisch-Therapeutischen Institut in Arlesheim, Schweiz. Sie sagt zur Eurythmie als "sichtbarer Sprache":

"Im allgemeinen gehen in unserer Zeit die Übungen zur Ertüchtigung des Körperlichen, wie Turnen, Gymnastik, vom Leiblichen, vom Körperlichen aus; die Eurythmie geht aus von der Initiative der Seele, so daß eine Art von beseeltem Turnen entsteht, das neben der Körperausbildung eine Erkräftung der seelischen Willensinitiative bewirkt...". "Das bedeutende und neue dieser Bewegungskunst ist die Möglichkeit, die Elemente der Sprache, Vokale und Konsonanten in den Bewegungen der Gliedmaßen sichtbar zu machen...", "Die heute immer mehr auftretenden Sprachstörungen und Sprach-Pathologien zeigen uns, wie sehr das Sprechen-können abhängt von der Ganzheit des gesunden, belebten und durchseelten Organismus..."

"Die Bewegungsformen der Eurythmie sind nicht willkürlich, sie haben die Gesetzmäßigkeit der Sprache und können das künstlerisch gestaltete Wort der Poesie sinngemäß zur Darstellung bringen, sie entsprechen physiologischen Vorgängen im Organismus und können daher auf diesen ordnend und heilend zurückwirken ... " "Bei schweren Erkrankungen dient die Heil-Eurythmie dem Arzt zur Unterstützung der Heilmittelwirkung, und es ist für den Patienten eine Freude und eine stärkende Kraft, durch solche Übungen selber das Gesundwerden aktiv zu fördern und zu beschleunigen ..."

"Groß sind die Resultate der Heil-Eurythmie bei der Arbeit mit seelenpflegebedürftigen Kindern. Bei den gehbehinderten, spastischen, gehirngeschädigten Fällen zeigt sich die Heil-Eurythmie - neben anderen Bewegungstherapien - schon als unentbehrlich."

Entsprechend dem heute im allgemeinen angenommenen vielschichtigen Ursachenbild, welches nur durch eine mehrdimensionale Diagnostik aufzuhellen ist, wird das Stottern in den meisten Fällen auch durch eine mehrdimensionale Therapie angegangen.

Bäumler ⁽⁴⁾ gibt folgende Punkte für eine mehrdimensionale Therapie an:

1. Atemübungen unter besonderer Berücksichtigung der Zwerchfellatmung - Ausatmung auf stimmhafte Konsonanten.
2. Singübungen - nur 8 % aller Stotterer stottern beim Singen! - Die Gesangsübungen, die auch auflockernd wirken, sollen über das Sprechsingen zum Sprechen führen.
3. Rhythmische Übungen. Zur Erleichterung des Sprechvorganges werden rhythmisches Sprechen, Gedichthersagen, begleitendes Klappern beim Sprechen, Sprechen beim Gehen oder gleichzeitiges Armpendeln, Flüstersprache und gelegentlich, nach einer gewissen Besserung, das Sprechen zur Kontrolle vor dem Spiegel geübt.
4. Autogenes Training, bisweilen gestufte Aktivhypnose nach Kretschmer.
5. Heilpädagogische Betreuung mit besonderer Pflege der Gemeinschaft und sinnvollem Tagesablauf. - Keine Besprechung der eruierten unbewußten Komplexinhalte bei Kindern! - aber Möglichkeiten zu ihrer Abreaktion beim Zeichnen, Plastikformen, Spieltherapie, Kasperletheater, Rollenspiel, Psychodrama und Sceno-Test.

Schilling ⁽⁴¹⁾ zur mehrdimensionalen Therapie: Die Behandlung des Stotterns ... "muß sich ganz den jeweiligen Gegebenheiten anpassen. In demselben Maß,

in dem uns unsere Forschungsarbeiten über die Ursachen des Stotterns in der Annahme bestätigen, daß dieses Leiden in sich uneinheitlich und vielschichtig ist, bestärkt sich unsere Anschauung, daß die Behandlung dementsprechend vielseitig und mehrdimensional sein muß. Damit verbietet sich von vornherein die Festlegung auf eine Standardmethode. Einzel- und Gruppenbehandlung, logopädische Maßnahmen und Psychotherapie müssen sich ergänzen. Man kennt auch eine Reihe neuer Medikamente, welche - individuell verordnet - die Behandlung wirkungsvoll unterstützen. Hervorragend hat sich uns als übende Methode im Rahmen der kleinen Psychotherapie das Autogene Training bewährt. Oft bemerken die Kinder übrigens gar nicht, daß sie behandelt werden, wenn es uns nämlich gelingt, nach dem Prinzip der Ableitung die Aufmerksamkeit vom Sprechvorgang wegzulenken."

Eine rein logopädische Behandlung ist nach Schilling (40) bei neurotischen Stotterern nicht zu empfehlen, auch dann nicht, wenn das Symptom behebbar ist, es besteht dann die Gefahr des Symptombewandels (z.B. Bettnässen). Aber auch rein psychotherapeutische Methoden hält Schilling selbst bei ausschließlich neurotischen Stotterern nicht für erfolgreich, da der sprachliche Funktionskreis sich in seiner Eigengesetzlichkeit von der psychischen Grundstruktur gelöst und verselbständigt habe. Durch rein psychotherapeutische Methoden sei oft die Neurose, nicht aber das Sprachleiden des Stotterers geheilt - auch hier sei nur eine kombinierte psychagogische und logopädische Behandlung angebracht.

Die Gegenargumente, die sich gegen bevorzugt auf das Symptom und seine Behandlung gerichtete Methoden, wie Übungen der Atmung, Stimmgebung, Artikulation richten, weil es durch solche Übungen über die Aufmerksamkeitslenkung auf den Sprechvorgang erst recht zu einer Fixierung und Gravierung der Symptome komme, bestätigt Schilling nur insoweit, als sich diese Übungen auf die Artikulation erstrecken. Atem- und stimmtechnische Übungen dagegen hätten sich im Zusammenhang mit einem umfassenden Heilplan bewährt. Die gesamte "psychophysische Persönlichkeit" sei zu berücksichtigen, der Einbau von robrierenden Maßnahmen, Bädern, Massagen, Gymnastik, rhythmischen und Entspannungsübungen, Musiktherapie, Theater-, Puppen- und Szeno-Testspiel zu empfehlen, ohne daß es dabei zum völligen Abbau aller Spannungsfelder komme.

Zur Erfolgsaussicht - es werden nur selten Zahlen genannt, die Sprachheilpädagogische Abteilung der Tübinger Hals-Nasen-Ohrenklinik gibt für rund 30 % ihrer Patienten völlige Heilung, für 30 % wesentliche Besserung und für weitere rund 30 % Rückfälle oder weitgehende Therapieresistenz an - sagt Schilling (41): "Wir sprechen nur ungern von Heilung des Stotterns - das würde uns anmaßend er-

scheinen. Wir begnügen uns, unseren kleinen und großen Patienten brauchbare Hilfen mitzugeben, und wir sind dankbar, wenn sie damit auch in schwierigen Situationen symptomfrei sprechen können."

Der Umstand, daß mehrere Autoren von Therapieerfolgen mit den verschiedensten Methoden berichten, wäre sicher eine eigene Untersuchung wert. Eine entsprechende Arbeit mit genügend umfangreichem und gesichertem Zahlenmaterial würde einen wesentlichen Beitrag zur Erforschung des Stotterns und für einen weiteren Therapieausbau liefern.

C. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

I. METHODIK

Aufgabe der folgenden Untersuchungen ist es, über den Therapieerfolg ein Bild zu geben, wie er sich dem Patienten subjektiv und einige Zeit nach der Entlassung - einige Monate bis Jahre - darstellt. Die Möglichkeiten zur Erlangung entsprechender Informationen waren beschränkt, die Anzahl der in Frage kommenden Patienten gering, so daß keine statistisch gültigen Aussagen gemacht werden können.

Dennoch mag es interessant und für die Weiterentwicklung einer wirkungsvollen Therapie nicht ganz bedeutungslos sein, nun den Stotterer selbst zu Worte kommen zu lassen, nachdem er und sein Leiden bisher als Objekt und aus der Sicht von sozusagen außenstehenden, weil selbst nicht betroffenen Betrachtern beurteilt wurden.

Es handelt sich um erwachsene Stotterer, die in einer Zeitspanne von 10 Jahren + in der Tübinger Nervenklinik behandelt wurden. - Alle hatten mit Behandlungsantritt das 21. Lebensjahr überschritten. - Diese wurden angeschrieben und gebeten, den abgebildeten Fragebogen ausgefüllt zurückzusenden, einige weitere in persönlicher Aussprache exploriert. Von 20 angeschriebenen ehemaligen Patienten gingen nach teilweise wiederholter Aufforderung 12 Antworten ein.

⁺ Anmerk.: 1952 bis 62 - inzwischen werden hier nur noch selten Sprachbehinderte und diese nur bei spezieller Indikation meist in Zusammenarbeit mit der Sprachheilpädagogischen Abteilung der Hals-Nasen-Ohrenklinik behandelt.

Fragebogen

Name: _____

Alter: _____

Zutreffendes bitte
ankreuzen!

	Ja	Nein
1) Die Behandlung in der Nervenklinik hat mir allgemein geholfen _____		
2) Die Sprachbehinderung wurde durch die hiesige Behandlung: a) völlig beseitigt _____		
b) stark gebessert _____		
c) wenig gebessert _____		
d) vorübergehend gebessert _____		
e) überhaupt nicht gebessert _____		
3) Die Sprachbehinderung		
a) ist seitdem bleibend beseitigt _____		
b) tritt wechselnd wieder auf _____		
c) hat sich wieder verschlimmert _____		
d) ist geblieben, wie sie war _____		
4) Der Sprachfehler		
a) ist mir inzwischen völlig gleichgültig geworden _____		
b) Ich habe mich inzwischen damit abgetunden _____		
c) macht mich noch immer etwas unsicher _____		
d) beeinträchtigt mein Selbstbewußtsein _____		
e) steht im Mittelpunkt meines Erlebens _____		
5) Die Sprachstörung behindert mich besonders:		
a) im Beruf _____		
b) in der Familie _____		
c) im Verkehr mit fremden Menschen _____		
d) dem andern Geschlecht gegenüber _____		
6) Inzwischen war ich wieder in anderer Behandlung: _____		
Diese hatte Erfolg: _____		
7) Von einer nochmaligen Behandlung würde ich Erfolg erwarten: _____		
Raum für Bemerkungen:		

II. KASUISTIK

Soweit aus den Krankenblättern ersichtlich, folgen stichwortartig die Krankengeschichten der besagten 12 Patienten.

Fall 1: männlich, Alter (zum Zeitpunkt der Entlassung) 23 J., Beruf: Kaufmännisch Angestellter, ledig. Erstes Auftreten nach Fliegerangriff mit 11 Jahren, nach jahrelangem Verschwinden Wiederauftreten des Stotterns in der Lehrzeit, besonders starke Ausprägung in affektbesetzten Situationen und bei Erwartungsangst. Therapie: Gestufte Aktivhypnose mit formelhafter Vorsatzbildung. Erfolg: keine Angaben.

Fall 2: männlich, 28 J., Zahnarzt, verh.. Erstes Auftreten im 4. Lj. ohne Angabe äußerlicher Begleitumstände. P. leidet an angeb. Dysplasien, so eine Hüftluxation li mit sekundären Haltungsschwierigkeiten. Es besteht grundsätzlich eine allgemeine Sprechangst. Therapie: Autogenes Training, Aktivhypnose. Erfolg: Besserung.

Fall 3: männlich, 27 J., Handformer, ledig. Stottert seit früher Kindheit bei strengem Vater, wurde in der Schule verhöhnt, hat seitdem besondere Sprachschwierigkeiten fremden Menschen gegenüber, leidet allgemein unter Selbstunsicherheit. Therapie: Arbeits-, Gruppentherapie, Lockerungs- und Atemübungen, Psychotherapeutische Grundübungen, gestufte Aktivhypnose. Erfolg: wesentliche Besserung.

Fall 4: männlich, 40 J., Hilfsarbeiter, ledig. Erstes Auftreten (angeblich) nach Schock im 5. Lj. (andere Kinder zeigten sich ihm als Gespenster), ungünstige Familienverhältnisse - Vater und Mutter waren streng und schlugen oft - häufiger Berufswechsel. P. ist selbstunsicher, ehrgeizig, zeigt Neigung zur Überkompensation. Therapie: Analyse, Autogenes Training, formelhafte Leitsätze. Erfolg: keiner, da P. die Behandlung vorzeitig abbricht.

Fall 5: männlich, 23 J., Sandstrahlbläser, ledig. Erstes Auftreten im 3. Lj. (angeblich) nach schwerem Sturz von einer Treppe. P. hatte durch seine Heimat im Memelgebiet unter verschiedener Besetzung keine regelrechte Schulausbildung, habe deutsch, litauisch und russisch sprechen müssen, hat keine Berufsausbildung; wird als selbstunsichere Persönlichkeit, empfindsam und affektiv störrisch bezeichnet. Therapie: Gruppen-, und Arbeitstherapie, Leseübungen mit Baranyscher Lärmtrommel, Psychotherapeutische Grundübungen, Insulin zur affektiven Auflockerung. Erfolg: Wesentliche Besserung.

Fall 6: männlich, 21 J., keine Berufsangabe, ledig. Erstes Auftreten mit 6 Lj., - evtl. nach Schock? - P. zeigt aggressive Gehemmtheit, hat Vaterprobleme. Therapie: Autogenes Training, spezielle Atem- und Sprechschulung. Erfolg: Weitgehende Besserung, vorzeitiger Abbruch der Behandlung aus finanziellen Gründen.

Fall 7: männlich, 30 J., Kaufmann, ledig. Stottert seit 8. Lj. bei gleichzeitigem Auftreten von Muskelirritationen. Therapie: Psychotherapeutische Grundübungen, gestufte Aktivhypnose, Hilfe zu neuer Selbstwerteinschätzung und -haltung, Megaphen, ambulante Nachbehandlung. Erfolg: keine Angaben.

Fall 8: männlich, 21 J., Mechaniker, ledig. Stottert seit 4. Lj. (angeblich) nach Sturz in ein Wasserloch und 2 Wochen später erlittenem Steinwurf an den Kopf. Erlernung der Sprache erst mit 3 Jahren, Einnässen bis zum 10. Lj.. Therapie: Autogenes Training, Atem-, Artikulations- und Sprechübungen mit Baranyscher Lärmtrummel, Gruppentherapie, Isolierung von der Familie. Erfolg: Nach 1. Behandlung 1955 nur gering und vorübergehend, nach 2. Behandlung 62 erhebliche Besserung nach Isolierung von der Familie - (keine Angaben über entsprechende Konfliktsituationen, Regression?)

Fall 9: männlich, 21 J., Zimmermann, ledig. Stottert seit dem 15. Lj. im Gefolge von Schwindelgefühl und kurzen unmotivierten Angstanfällen. Das Schwindelgefühl seitdem nicht mehr aufgetreten, das Stottern jedoch fixiert und besonders in affektiv belastenden Situationen verstärkt; keine neurologischen Befunde, auch keine atypischen epileptischen Anfälle. Das Stottern ist besonders vor einer Reihe von Konsonanten als Anfangsbuchstaben ausgeprägt. Therapie: Psychotherapeutische Grundübungen, logotherapeutische Behandlung, Entspannungs- und Atemübungen, Formeltraining: "Ich bin in Situation ruhig und gelassen."

Fall 10: männlich, 30 J., Uhrmacher, verh.. Stottert seit 8. Lj. (angeblich) im Anschluß an einen Luftangriff, ist unehel. Kind, wurde mit 3 J. vom Stiefvater wiederholt schwer mißhandelt, hat den Lebenslauf bis zum 30. Lj. völlig verdrängt. Nach Verspottung in der Ausbildung, Abbruch einer Uhrmacherlehre und Behinderung im Berufsleben erste Behandlung mit 21 J.. Nach wesentlicher Besserung Weiterarbeit in alter Firma, dann Wechsel aus finanziellen Gründen, Antritt einer Stellung in Werkzeugfabrik, hier zeigt sich P. zufrieden, ist seit einigen Jahren glücklich verh., hat eine Tochter. Nach neuer Verschlechterung der Sprache ohne ersichtlichen Anlaß kommt P. nach 9 J. zur 2. Behandlung, nach dieser Behandlg. will er sich mit einem kl. Reinigungsgeschäft selbständig machen. Therapie beim 1. Mal: Exploration unter "Narkonumal" zur Bewußtmachung des verdrängten Materials, systematische Sprachübungen mit Akzent auf

Korrektur der Atemtechnik, Autogenes Training. EEG-Befund: re temporal Fokus, Verlangsamung der Ausschläge - zweifelhaftes Hirntrauma - guter Erfolg der Therapie. Therapie beim 2. Mal: Analyse und Angehen der Selbstwert- u. Autoritätsproblematik, Autogenes Training, Arbeits-, Gruppentherapie, Symboldrama, Bilderleben zur Aufarbeitung der Konfliktsituationen, verschiedenartige Sprachtherapie. Erfolg: gut, kein eigentliches Stottern mehr; Sprechen meist noch langsam, etwas abgehackt.

Fall 11: männlich, 23 J., Kaufmännische Lehre, z.Zt. Soldat. Beginn des Stotterns im 3. bis 4. Lj., hat schlechtes Verhältnis zu beiden Eltern; Mutter stammt aus Holland, sei eine einfache Frau, habe nie richtig deutsch gesprochen, der Vater sei ehrgeizig, streng, habe sich nicht von seinen Söhnen überflügeln lassen wollen, habe "total veraltete Erziehungsmethoden". P. hat 3 Brüder, die alle stottern, als Kind hätten sie das Stottern regelrecht geübt, er selbst sei jetzt nach hartem Training weitgehend stotterfrei, Wiederauftreten der Störung beim Kommandogeben, Sprechen vor Vorgesetzten, stimmungsabhängig, habe keine besonderen Hemmungen, sei nicht isoliert, habe z.B. Freundinnen. P. zeigt ehrgeiziges Streben, vorwärts zu kommen, bildet sich in Abendkursen für den Kaufmannsberuf weiter, ist z.Zt. Rechnungsführer bei der Bundeswehr, für 5 J. verpflichtet. Therapie: Klärende Gespräche, Ruhe- und Entspannungsübungen, Beschäftigungstherapie, Formeltraining: "Sprache gleichgültig durch Ruhe und Gelassenheit". Erfolg: Keine Angaben.

Fall 12: männlich, 23 J., Laborant, ledig. Stottert seit 3. Lj. (angeblich) nach Bombenangriff, der jetzt noch erinnerlich. In der Volksschule sei das Stottern am stärksten gewesen, habe sich in den letzten Jahren gebessert, trete vor allem vor "S" und anderen Konsonanten auf, Schwierigkeiten besonders vor Vorgesetzten, dann Behinderung des Sprechens + Wortfindungsschwierigkeiten. Familienverhältnisse gut, 2 ältere Brüder sprechen glatt, hat 3 Freunde, eine Freundin - gutes Einvernehmen. Körperlicher und seelischer Zustand unauffällig, gute Einpassung, Intelligenz gut durchschnittlich. Befürchtet, daß er nicht ernst genommen und über ihn gelacht werde, wenn er erst sein Berufsziel, Brauereimeister, erreicht habe. Therapie: Hypnose, Autogenes Training, Atem- und Sprechübungen. Erfolg: P. hat das Gefühl einer befriedigenden Besserung.

III. AUSWERTUNG - BESPRECHUNG DER ERGEBNISSE

Zunächst die zahlenmäßig ins Auge fallenden Aussagen der Fragebogenantworten:

Frage 1: Allgemeiner Behandlungserfolg wird 9mal positiv beantwortet.

Frage 2: Spezieller Behandlungserfolg hinsichtlich der Sprachstörung wird in keinem! Falle im Sinne völliger Beseitigung angegeben. Die meisten "Ja-Antworten" finden sich in der Spalte für "stark gebessert" (6), es folgen mit je 2 positiven Antworten die Spalten "wenig gebessert" und "vorübergehend gebessert". Daß die Sprachstörung überhaupt nicht gebessert sei, wird in 2 Fällen angegeben.

Frage 3: den Dauererfolg der Behandlung betreffend, wurde keinmal unter "Sprachbehinderung seitdem bleibend beseitigt" positiv beantwortet. Die meisten Antworten finden sich unter "tritt wechselnd wieder auf" (6) bei gleichmäßiger Streuung der Restantworten.

Frage 4: nach der subjektiven Einstellung des Patienten zu seinem Sprachfehler nach der Behandlung wird einmal mit "inzwischen völlig gleichgültig", 3mal mit "inzwischen damit abgefunden", je 4mal mit "macht mich noch immer etwas unsicher" und "beeinträchtigt mein Selbstbewußtsein" und nur einmal mit "steht im Mittelpunkt meines Erlebens" beantwortet.

Frage 5: vor welchem Publikum die Sprachstörung vorwiegend auftrete, wird am häufigsten, je 5mal, mit "im Beruf" und "im Verkehr mit fremden Menschen", 3mal mit "in der Familie", 2mal mit "dem anderen Geschlecht gegenüber" beantwortet.

Frage 6: nach inzwischen wieder neu aufgenommenener Behandlung wird von allen negativ beantwortet.

Frage 7: Von einer nochmaligen Behandlung versprechen sich 8 der ehemaligen 12 Patienten Erfolg.

Eine nähere Betrachtung dieser Auszählung - es handelt sich ausschließlich um männliche Patienten bei den 12 eingegangenen Antworten; wie bereits gesagt, gibt

Wiesenhütter ⁽⁵⁸⁾ das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Stotterern für Erwachsene mit 10 : 1 an - läßt folgende Schlüsse zu oder legt sie nahe:

zu Frage 1: Die überwiegende Anzahl positiver Antworten zum allgemeinen Therapieerfolg in Verbindung mit der Tatsache, daß kein Patient völlige und bleibende Beseitigung seiner Sprachbehinderung angibt, spricht dafür, daß sich der Patient der "Zweigleisigkeit" seines Leidens bewußt ist, so daß er das Stottern gleichsam nur als Komponente, als ein sichtbares Erkennungsmerkmal seines in den meisten Fällen tiefer wurzelnden Leidens ansieht. Das rechtfertigt die psychotherapeutischen Ansätze der Therapie (bei diesen Patienten) und das um so mehr, als bei den 3 Patienten mit verneinenden Antworten betreffs allgemeiner Zustandsbesserung der Therapieerfolg in Hinsicht auf das Stottersymptom als zufriedenstellend bis gut bezeichnet wird, wie auch die Krankenblätter bestätigen.

In diesem Sinne sind auch die Zusatzbemerkungen in 4 Fällen zu verstehen. Ein Patient schreibt: "Wenn sich die Hemmungen beseitigen ließen, wäre die Behandlung ein voller Erfolg", ein anderer verlangt "eine eingehende seelische Behandlung", da die "rein mechanischen Verfahren", wie sie bei ihm angewandt worden seien, keinen Dauererfolg haben könnten, ein dritter schlägt ein Gerät mit der Wirkungsweise der Baranyschen Lärmtrommel zur Ausschaltung der eigenen hemmenden Hörkontrolle bei den Übungen als wichtigsten Faktor vor - er selbst hatte die Behandlung vorher abgebrochen und war nicht mehr mit Hilfe der Baranyschen Lärmtrommel behandelt worden wie einige andere Patienten. In einer 4. Zusatzbemerkung ist von einer Art Symptomwandel die Rede, seitdem der Sprachfehler besser geworden sei, habe sich eine starke Nervosität herausgebildet.

zu Frage 2 und 3: Daß in keinem Falle völlige und bleibende Beseitigung der Sprachstörung erreicht wurde, zeigt, wie skeptisch - wenigstens heute noch - hinsichtlich eines Therapieerfolges - übereinstimmend mit den Literaturangaben - gerade bei Erwachsenen zu urteilen ist. Die relativ hohe Anzahl der Angaben über wechselndes und situationsbedingtes Wiederauftreten der Sprachstörung verrückt den Akzent wieder zu Gunsten einer psychotherapeutischen Beurteilung des Leidens. Offenbar verlangt der Gesichtspunkt der Sicherung eines erreichten Therapie-(Teil)erfolges durch wiederholte einschleifende psychotherapeutische und dann auch sprachliche Übungen besonderes Augenmerk. Die Rehabilitation stellt ein wichtiges Mittel zur Sicherung des Erreichten dar, wie die starke Abhängigkeit der Recidive von der jeweiligen Umwelt zeigt.

Daß eine chronische Sprachstörung meist nur in wechselnder Intensität oder überhaupt nur vorübergehend wieder auftritt, läßt insofern Hoffnungen für den künftigen Ausbau einer wirkungsvollen Therapie zu, als demnach auch in solchen Fällen nicht von einer vollständigen Fixierung der Störungen auf organischer Ebene (im ZNS) gesprochen werden kann.

zu Frage 4: Bemerkenswert ist, daß sich alle 12 Stotterer auch nach jahrelangem Umgang mit ihrem Gebrechen doch nicht so weit daran gewöhnen konnten, daß sie "immun" dagegen geworden wären. Die wenigen positiven Antworten unter "... völlig gleichgültig" und "... inzwischen damit abgefunden" erscheinen nicht ganz glaubhaft angesichts der ebenfalls positiven Antworten auch dieser Patienten unter Frage 5, nach dem Publikum, vor welchem die Sprachstörung besonders behindere. + Hier mag der Wunsch der Vater des (bejahenden Antwort-) Gedankens gewesen sein; der "Leidensdruck" stellt eine nicht zu unterschätzende Seite bei der Beurteilung des Stotterers dar, worauf Florsdorf ⁽¹²⁾, wie beschrieben, besonders hinweist.

zu Frage 5: Wie zu erwarten, behindert die Sprachstörung besonders im Verkehr mit fremden Menschen und im Beruf, wobei der sprachliche Kontakt namentlich mit solchen Personen erschwert ist, die als überlegen, als Autorität empfunden werden, allgemein solche, die beim Stotterer das Gefühl der Überforderung - de facto, etwa gegenüber dem Chef, oder atmosphärisch - aufkommen lassen oder an solche Situationen in der Vergangenheit - meistens die Vaterbeziehung - erinnern. Diese Interpretation im Sinne Adlers - nach Wiesenhütter ⁽⁵⁸⁾ -, Ferenbachs ⁽¹⁰⁾ und Florsdorfs ⁽¹²⁾ ließ sich im Vergleich mit der Anamnese der entsprechenden Patienten und durch Explorationen bestätigen.

Besondere Sprachbehinderung in der Familie tritt vorwiegend bei solchen Stotterern auf, deren Selbstbewußtsein und eigene Entwicklung durch dominierende, als Vorwurf oder Bedrohung empfundene Familienmitglieder beschattet wird. Normalerweise bietet aber der Rahmen der Familie mit ihrer vergleichsweise vertrauten und beheimatenden Atmosphäre eine weitaus geringere Belastung im sprachlichen Kontakt.

⁺ Anmerk. : Die Fragenpaare 2 und 3 sowie 4 und 5 überschneiden sich teilweise - auf den ersten Blick unbemerkt - um solche Fehler auszuschalten und die Aussagen für die Auswertung zu erhärten.

Verhältnismäßig gering erscheint die Anzahl der positiven Antworten unter der Rubrik "Sprachbehinderungen gegenüber dem anderen Geschlecht". Dieser Umstand ist wohl so zu erklären, daß gefürchtete Kontakte soweit möglich überhaupt gemieden werden, so daß die Situation einer sprachlichen Behinderung gar nicht erst auftritt. Ist andererseits eine - bei Stotterern erschwerte - stabilere Beziehung mit deutlicherer Zuneigung beider Partner hergestellt, so ist damit zugleich das tragende und Distance abbauende Fluidum gegeben, welches sich auch stabilisierend auf den sprachlichen Kontakt auswirkt.

zu Frage 6: Keiner der ehem. Patienten bejaht die Frage nach einer neu aufgenommenen anderweitigen Behandlung in der Zwischenzeit zwischen Entlassung aus der Tübinger Nervenklinik und dem Eingang des Fragebogens, was mit der relativen Kürze dieses Zeitabschnitts sowie mit dem Aufwand, wie er mit einer neuen Behandlung verbunden ist, erklärt werden kann.

zu Frage 7: Drei Viertel der ehemaligen Patienten würde sich von einer nochmaligen Behandlung Erfolg versprechen. Also halten doch die meisten Patienten - zumindest unterbewußt - die Möglichkeiten der angewandten Therapie gegen ihr Leiden nicht für voll ausgeschöpft. Auch in diesem Sinne lassen sich die Zusatzbemerkungen, wie sie unter den Erläuterungen zu Frage 1 wiedergegeben sind, verstehen. Es erhebt sich dabei die Frage, ob nicht generell eine (wiederholte) Nachbehandlung angebracht ist. Das gilt für alle Fälle, bei denen es wie bei der Stotterertherapie auf das Einschleifen eines neuen Verhaltens zur Tilgung des Restsymptoms⁺ eines neurotischen Konflikts ankommt und bei denen häufig Rezidive auftreten.

Als Kritik an der Zuverlässigkeit der Aussagen und daran, ob es gerechtfertigt ist, auf Grund der vorliegenden Fragebogenerhebung allgemeinere Schlüsse zu

⁺ Anmerkng.: Für solche Restsymptome neurotischer Konflikte verbietet sich nach Schultz (43) dann eine psychotherapeutische Behandlung, wenn dieser Konflikt verarbeitet ist, nicht aber dann, wenn er noch latent besteht oder wieder aktuell wird. Das letztere trifft wohl in den meisten Fällen eines Stotterns nach bereits erfolgter Therapie zu. - Von den Fällen bevorzugt somatischer Genese sei in diesem Zusammenhang abgesehen. - "Das Einschleifen eines neuen Verhaltens" ist im Sinne psychotherapeutischer Übungen wie Autogenem Training, formelhafter Leitsätze und logopädischer Übungen zu verstehen.

ziehen, ließe sich, abgesehen von der Urteilsfähigkeit dieser Patienten, in allen Punkten richtig zu befinden, die geringe Anzahl der Befragten und weiterhin eine gewisse Scheu anführen, auf einige Fragen den Tatsachen entsprechend zu antworten. So mag es im allgemeinen den meisten ehem. Patienten dem Arzt gegenüber nicht ganz leicht fallen, jeden Behandlungserfolg nach Frage 1 zu verneinen, eine inzwischen neu aufgenommene Behandlung bei einem andern Arzt nach Frage 6 zuzugeben oder den Erfolg einer nochmaligen Behandlung nach Frage 7 von vornherein negativ zu beurteilen, auch wenn ihm das richtig erscheint. Auch sind - insbesondere bei der schriftlichen Beantwortung einiger Fragen, die näher an das intime Erleben heranreichen, gewisse Hemmungen und damit ein Ausweichen vor wahrheitsgemäßer Beantwortung möglich. -

Die Interpretation der Antworten sowie daraus abgeleitete Folgerungen wurden deshalb vorsichtig und im Vergleich mit den dazugehörigen Krankengeschichten sowie im Vergleich mit eigenen Beobachtungen ausgesprochen.

Im Gespräch mit einigen Stotterern und bei ihrer Beobachtung wurde über das Gesagte hinaus noch deutlich, daß diese versuchten, auf irgendeinem Gebiet einer selbstgesetzten, besonders hohen Leistungsnorm zu entsprechen. Dadurch erschienen sie bisweilen eingeengt und unter der Bürde dieses selbst auferlegten Jochs niedergedrückt und verspannt. Nach anfänglichem Widerstand zeigten sie eine gewisse Befreiung, wenn ihnen klar gemacht werden konnte, daß diese Selbstüberforderung unnötig, ja hinderlich für ihre weitere Entwicklung sei und durch Anstrengungen für naheliegendere und sinnvollere Ziele mehr erreicht werden könne. Es scheint dem Stotterer mit solch einer für ihn und seine Möglichkeiten meist inadäquaten Überforderung aber schwer, davon abzulassen. Erst dann, wenn sie sich aufgenommen wußten, in einen Kreis von Menschen oder in eine Zweiergemeinschaft mit lebendigem Engagement bei konkreter Zielsetzung, ließ sich die Loslösung von ihrer einsamen und vereinsamenden, oft verstiegen erscheinenden Selbstüberforderung beobachten. Gleichzeitig verschwand das sprachliche Symptom oder zeigte starke Besserung.

Die Bedeutung seines Leidens für den Stotterer und dementsprechend die Dringlichkeit einer angemessenen Therapie ⁺ wird mit dem folgenden Zitat von Guar-

⁺ Anmerk. : Dazu sagt Fernau-Horn (11): "Niemals werden von einer Kasse für die Behandlung eines schweren Stotterers auch nur entfernt soviel Behandlungen genehmigt, wie unbedingt erforderlich wären. Das ist bei der Behandlung von Sprachneurotikern ohne jeden Zweifel der wundeste Punkt."

dini (22) wohl deutlich:

"Alles Denken, auch das innerste, leiseste, 'geistigste' geschieht im Wort. Wir denken in der Form des inneren Sprechens. Alles Sprechen aber setzt den voraus, mit dem gesprochen wird. Wir stehen von Natur im Dialog ...". "Das Sprechen ist eben nicht etwas, was zum fertigen, lebendigen Denken hinzukommt, sondern wir existieren im Wort, im Gespräch; also auf den anderen hin und aus der umfangenden Gemeinsamkeit des Lebens heraus."

D. ZUSAMMENFASSUNG

Im ersten Teil der Arbeit wurde die Symptomatik des Stotterns nach neueren Literaturangaben beschrieben und das Stottern von anderen im weiteren Sinne verwechselbaren Sprachstörungen abgegrenzt.

Hinsichtlich Deutung, Pathogenese und Therapie des Stotterns wurde die Fülle der bestehenden Literatur zu überschaubaren Richtungen je nach Orientierung der verschiedenen Standpunkte gebündelt. Die verschiedenen Richtungen wurden durch Darstellung und Herleitung der Ansichten je einiger Autoren aus möglichst neuer Zeit gekennzeichnet. Besondere Erwähnung fanden heute übliche kombinierte Therapieverfahren mit Elementen aus mehreren der vorher gesondert beschriebenen Theorien und Erfahrungen.

Im zweiten Teil der Arbeit wird über eigene Untersuchungen berichtet. Die Aussagen stützen sich auf eine katamnestische Fragebogenerhebung im Vergleich mit den Krankengeschichten der befragten Stotterer. Es handelt sich um erwachsene Patienten, die im Verlauf von 10 Jahren in der Tübinger Nervenklinik behandelt wurden. Diese Aussagen werden durch Beobachtungen im persönlichen Gespräch mit einigen Stotternern ergänzt.

Folgende Hauptergebnisse lassen sich festhalten:

1. Keiner von 12 behandelten Stotternern konnte völlig oder bleibend von seiner Sprachstörung geheilt werden. Alle zeigten mehr oder weniger ausgeprägte, meist situationsabhängige Recidive.
2. Drei Viertel der ehemaligen Patienten bezeichneten die Behandlung - unabhängig von ihrem Erfolg hinsichtlich der Sprachstörung - als Hilfe.
3. Ebenso viele würden von einer neuen Behandlung Erfolg erwarten.
4. Ein Viertel der Befragten wies ausdrücklich - in Zusatzbemerkungen - auf die Notwendigkeit psychotherapeutischer Maßnahmen bei der Behandlung hin.

5. Alle ehemaligen Patienten sehen ihre noch bestehende oder wieder aufgetretene Sprachstörung auch nach langem Bestehen noch mehr oder weniger hinderlich oder als Beeinträchtigung ihres Daseins an.

6. Verschiedene Beobachtungen legen eine generell durchgeführte, wiederholte Nachbehandlung zumal bei solchen Stotterern nahe, die mit Behandlungsbeginn bereits erwachsen sind, da hier die Recidivhäufigkeit besonders hoch ist.

7. Die Stabilität eines Behandlungserfolges hängt weitgehend von der Aufnahme des (ehemals) Sprachbehinderten in eine tragende Gemeinschaft und von seinem Engagement im Dienste sinnvoller und angepaßter Ziele ab. Eine Rehabilitation in diesem Sinne sollte bei Stotterern grundsätzlich im Anschluß an die (oder schon während einer ambulanten) Therapie versucht werden.

E. LITERATURVERZEICHNIS

- 1 Appelt, A. : Zur Behandlung des Stotterns.
Intern. Zs. für Individualpsychol.
Jahrg. 2 (1924)
- 2 Arnold, G.E. und : Die Sprache und ihre Störungen in: Lehrbuch der
Luchsinger, R. Stimm- und Sprachheilkunde.
2. Aufl., Springer, Wien (1959)
- 3 Asperger, H. : Heilpädagogik.
2. Aufl., Springer-Verl., Wien, S.151 ff. (1956)
- 4 Bäumler, F. : Mehrdimensionale Stotterbehandlung von Kindern
und Jugendlichen in Sprachheilgruppen.
Zs.f.Psychother. 7.Jahrg. 7 S.99-104 (1954)
- 5 Brankel, O. : Der Lee-Effekt. Die Sprachheilarb.-Logopäd.
Fachzs. 9.Jahrg., H.1, S.131-141, (1964)
- 6 Card, A. : A study of Allergy in Relation to Stuttering.
Journ. of Speech Dis.4,3,P.223 (1939)
- 7 Dantzig van, M. : Syllable Tapping, a new Method for the Help
of Stammers. Journ. of Speech Dis.5 P.127, (1940)
- 8 Domnik, A.B. : Stuttering - a Psychodynamic Approach.
Journ. of Speech Dis., 19, (1954)
- 9 Dührssen, A. : Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugend-
lichen. Verl.f.med.Psychol., Göttingen, (1954)
- 10 Fehrenbach, M. : Zur seelischen Struktur der Stotterer.
Zs.Psyche 2, S.130-139, (1949)
- 11 Fernau-Horn, H. : Hemmungszirkel und Ablaufzirkel in der Patho-
genese und Therapie des Stotterns.
Med.Monschr.5, S.323-327, (1952)

- 12 Florsdorf, P. : Über das Stottern - eine psychologische und charakterologische Untersuchung an stotternden Kindern und Jugendlichen.
Diss.d.philos.Fak. Würzburg (1958)
- 13 Frankl, V.E. : Theorie und Therapie der Neurosen.
Urban & Schwarzb. Münch.Berl. Wien Zitat S. 59 (1956)
- 14 Frankl, V.E. : Die Psychotherapie in der Praxis.
Verl.Franz Deuticke, Wien, 2. Aufl. Zitat: S. 38/39/40, (1961)
- 15 Freud, S. : Zur Psychopathologie des Alltagslebens.
10. Aufl. Intern.Psycho-analyt. Verl. Leipz.-Wien-Zür., (1924)
- 16 Friedmann, A. : Individualpsychologische Untersuchungen an Stotternern.
Monchr. Ohrenheilk. 69, (1935)
- 17 Fröschels, E. : Über einen grundlegenden Denkfehler von Stotternern.
Zs.f.Psychiatr. u. Neurol. 125 S.135-140, (1953)
- 18 Fröschels, E. : The Significance of Symptomatology for the Understanding of the Essence of Stuttering. Fol.Phonetr.
Vol.4, P.217-230 (1952)
- 19 Fröschels, E. : Lehrbuch der Sprachheilkunde.
2. Aufl., Deuticke-Verl., Leipz.-Wien, (1925)
- 20 Fröschels, E. : Stuttering and Psychotherapy.
Fol.Phonetr. Vol.3, P.1-9, (1951)
- 21 Gamperts, F. : Moderne Betrachtungsweisen zum Stotterproblem.
Die Sprachheilarb.-Logopäd. Fachzs. 6. Jahrg., H.1, S.1-7, (1961)
- 22 Guardini, R. : Vom Sinn der Gemeinschaft. Verl. A. G. Arche
Zürich, Zitat: S.15/16, (1950)
- 23 Gutzmann, H. : Sprachheilkunde. 2. Aufl., Fischers Med. Buchh.
Kornfeld, Berlin, (1912)

- 24 Henning, W. : Beiträge zur Erforschung des Stotterns.
Beih.d. Zs. Schule u. Psychol. H. 12, (1959)
- 25 Höpfner, Th. : Stottern als assoziative Aphasie.
Zs.f.Pathopsychol., Buch 1, (1911)
- 26 Johnson, W. : Stuttering in Children and Adults.
Journ. Speech Dis. 9, P. 330, (1944)
- 27 Jussen, H. : Das Problem des Stotterns in der amerikanischen
Fachliteratur. Die Sprachheilarb.-Logopäd. Fachzs.,
9. Jahrg. H. 2 S. 162-177, (1964)
- 28 Kirchner-Bockholt, M. : Hygienische Eurythmie. Soziale Hygiene -
Merkbl. z. Gesundheitspfl. im pers. u. soz. Leben.
Nr. 6, Zitat: S. 3/4/6, Herausg. Verein z. Förderg.
ein. erw. Heilw., Gemn. e. V. Stuttg., (1963)
- 29 Kussmaul, A. : Die Störungen der Sprache. 4. Aufl. Verl. Vogel,
Leipzig (1921)
- 30 Lersch, Ph. : Vom Wesen der Geschlechter. 2. Aufl., Erasmus-
Verl., Münch. (1950)
- 31 Liebmann, A. : Vorlesungen über Sprachstörungen. 2. Aufl. H. 1 u. 9,
Verl. Coblentz, Berlin, (1924)
- 32 Luchsinger, R. : Poltern. C. Marhold-Verl. buchhdlg.,
Berlin-Charlottenbg., (1963)
- 33 Maschka, F. : Das Problem des Stotterns im Rahmen der Reflex-
lehre. Die Sprachheilarb.-Logopäd. Fachzs. 6. Jahrg.
H. 1, S. 12-24, (1961)
- 34 Moncur, J. B. : Parental Domination in Stuttering.
Journ. of Speech Dis. Vol. 17, P. 164, (1952)
- 35 Nadoleczny, M. : Kurzes Lehrbuch der Sprach- und Stimmheilkunde.
Verl. Vogel, Leipz., (1926)
- 36 Orthmann, W. : Sprechkundliche Behandlung funktioneller Stimm-
störungen. C. Marhold-Verl., Halle/Saale, (1956)
- 37 Richter, E. : Warum gibt es mehr männliche Stotterer? Die
Sprachheilarb.-Logopäd. Fachzs., 8. Jahrg., H. 4,
S. 101-110, (1963)

- 38 Riper van, Ch. : The Onset of Stuttering. Speech Correction, Principles and Methods 3, (1954)
- 39 Riper van, Ch. : To the Stutterer as he begins his Speech Therapy. Journ. of Speech Dis. 14, P. 303, (1949)
- 40 Schilling, A. : Stottern. im Kap. Sprech-u. Sprachstörngn. Hals-Nasen-Ohrenheilk., ein kurzgef. Hdb. in 3 Bdn., Thieme-Verl. Stuttg., S. 1235-1254, (1963)
- 41 Schilling, A. : Stimm- und Sprachstörungen. Begleittext z. Lehrschallplatte v. J. Berendes u. A. Schilling. Lehmanns Verl. München, Zitat: S. 15/16, (1962)
- 42 Schneider, E. : Über das Stottern - Ursache, Entstehung, Verlauf und Heilung. Beih. z. Schweizer Zs. f. Psychol. u. ihre Anwedgn., Nr. 22, Bern/Stuttg., Zitat: S. 71/72, (1953)
- 43 Schultz, J. H. : Grundlagen der Neurosenlehre. Thieme-Verl. Stuttg., (1959)
- 44 Schultz, J. H. : Das Autogene Training. Abschn.: Die klinische Anwendung. in Handb. d. Neurosen und Psychother., Bd. IV, S. 196, (1957/58)
- 45 Schultz, J. H. : Das Autogene Training. 10. Aufl., Thieme Stuttg., (1960)
- 46 Schultz-Henke, H. : Der gehemmte Mensch. 2. Aufl., Thieme Stuttg., (1965)
- 47 Seemann, M. : Über somatische Befunde bei Stottern. Monschr. Ohrenheilk, 68, S. 895-912, (1934)
- 48 Sheehan, J. G. : An Integration of Psychotherapy and Speech Therapy through a Conflict Theory of Stuttering. Journ. of Speech Dis. 57 P. 193, (1954)
- 49 Staabs von, G. : Sceno-Test-Therapie bei psychogenen Sprachstörungen mit Diapositiven und Tonfilm. Fol. Phonetr. Vol. 6, S. 51-58, (1954)
- 50 Staps, A. : Das Tonband als sprachtherapeutische Hilfe bei Stottern. Die Sprachheilarb. -Logopäd. Fachzs., 8. Jahrg. H. 4, S. 120, (1963)

- 51 Stein, L. : Sprach- und Stimmstörungen. Verl. Weidmann
Wien, (1937)
- 52 Stekel, W. : Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung.
4. Aufl., Verl. d. Psychother. Praxis., Leipz.,
(1924)
- 53 Stewart, J. L. : The problem of stuttering in certain North American
Indian societies. Journ. of Speech Dis. Suppl. 6, 1
(1960)
- 54 Szalka, W. : Die Pathogenese und Pharmakotherapie des Stotterns.
Die Sprachheilarb. -Logopäd. Fachzs. 10. Jahrg.,
H. 1, (1965)
- 55 Weiß, A. : Der Zusammenhang zwischen Poltern und Stottern
- ein Grundlegungsversuch des Stotterproblems.
Fol. Phonet. -Intern. Zs. f. Phoniatri. Vol. 2, S. 252-
262, (1950)
- 56 Wexberg, E. : Individualpsychologie. Verl. Hirzel, Leipz.,
(1928)
- 57 Wiesenhütter, E. : Anthropologische Deutung des Stotterns.
Zs. f. Psychother. 5. Jahrg., 5, S. 64-75, (1952)
- 58 Wiesenhütter, E. : Kindliche Neurosen. Hdb. d. Neurosenl. u. Psycho-
ther., Bd. IV, S. 73, (1957/58)
- 59 Wilhelm, I. : Zur individualpsychologischen Deutung des Stotterns.
Wiener med. Wschr., H. 28, (1928)
- 60 Wyatt, G. C. : Stammering and Language in Early Childhood.
Journ. of abnorm. and soc. Psychol., 19. P. 75-84,
(1949)

Herrn Dozenten, Professor Dr.med. Walter Schulte danke ich für die Anregung und die Überlassung des Themas,

Herrn Privatdozenten, Oberarzt Dr.med. Gerhard Irle sowie Herrn Dr.med. Peter Dettmering, Wissenschaftlicher Assistent, für ihre freundliche Unterstützung bei den technischen Fragen der Ausarbeitung.

Lebenslauf

Am 28. Januar 1933 wurde ich, Wolfgang Bühling, als Sohn des praktischen Arztes, Dr. med. Richard Bühling und seiner Ehefrau, Martha Bühling, geb. Küntzel in Rübeland/Harz geboren. Meine Schulzeit verbrachte ich in Hildesheim/Niedersachsen und Braunschweig. Hier legte ich nach Erlernen des Zimmerhandwerkes im Frühjahr 1956 die Reifeprüfung an der Staatlichen Abendoberschule ab.

Anschließend studierte ich Psychologie in Freiburg und seit 1959 Medizin in Wien und Tübingen, wo ich im Herbst 1961 die ärztliche Vorprüfung und am 14. Juli 1965 das medizinische Staatsexamen ablegte.

